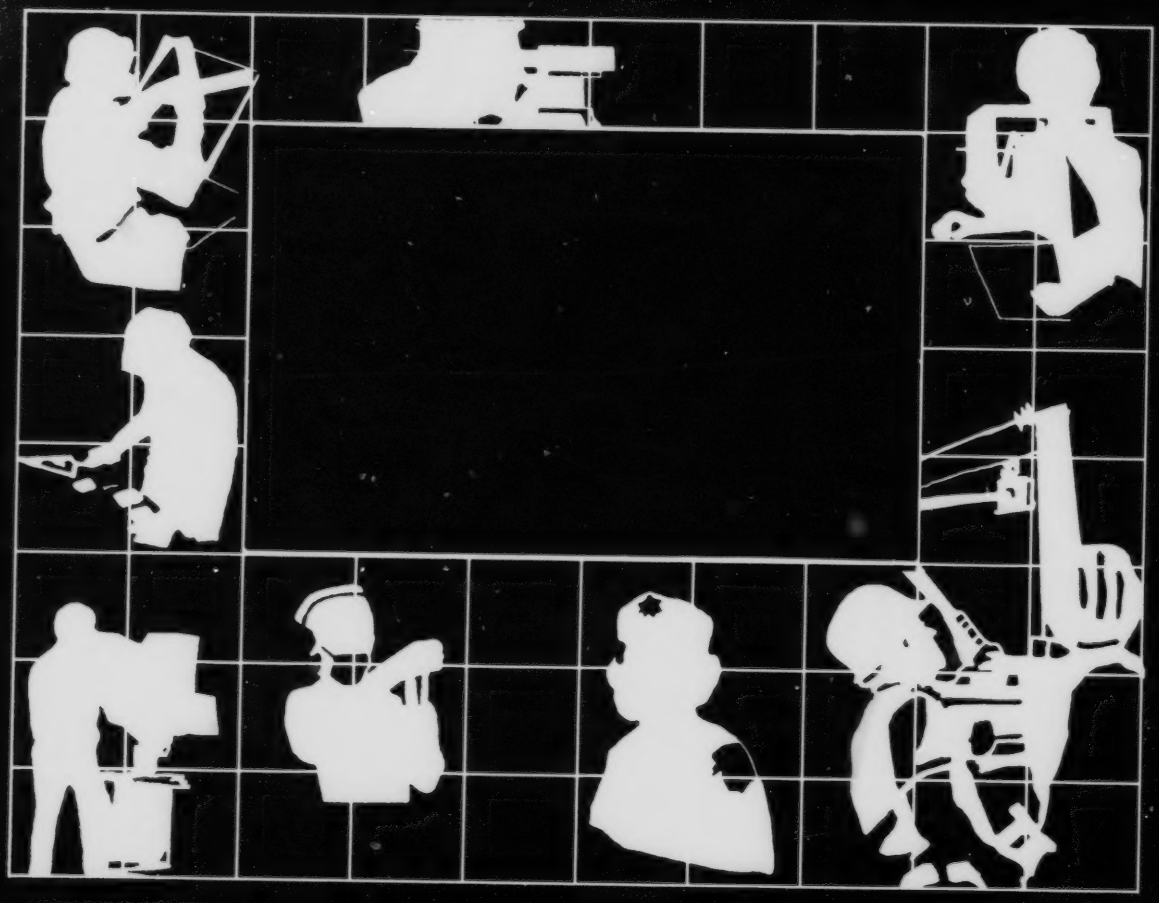
Emploi et Immigration Canada

Employment and Immigration Canada

SPPC
Études sur les professions



Canada

ANALYSE DE L'OFFRE
ET DE LA DEMANDE EN
PERSONNEL INFIRMIER AU CANADA

Préparé par : Section des études sur les professions et
des relations avec les programmes
Système de projections des professions au Canada
Emploi et Immigration Canada

Mai 1988

WH-3-762F

90-00696/

REMERCIEMENTS

La préparation d'un rapport de ce genre n'est pas possible sans la participation et l'aide de nombreux organismes et particuliers. Nous voulons remercier spécialement les nombreuses personnes du bureau national de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada qui ont si généreusement offert leur temps, leurs connaissances particulières et leurs observations pendant toute la période de production de ce rapport. Nous sommes également reconnaissants au personnel de la Division de l'information sur la santé, Santé et Bien-être social Canada, et de la Division de la santé, Statistique Canada, pour leur patience face aux nombreuses demandes de données statistiques, et pour leur connaissances relatifs aux aspects techniques. Des apports utiles ont été fournis et des observations formulées par des membres du Comité consultatif fédéral-provincial de la main-d'oeuvre sanitaire et du Secrétariat, Santé et Bien-être social Canada, des diverses organisations provinciales d'infirmières, des économistes régionaux du SPPC et de plusieurs composantes d'Emploi et Immigration Canada hors de l'Administration centrale.

Dans ce rapport, nous nous sommes efforcés de déterminer les principales composantes et les enjeux du marché du travail canadien actuel pour les infirmiers et infirmières, lequel est complexe et dynamique. C'est grâce à la collaboration et à l'appui des nombreux organismes et particuliers concernés que cet objectif a été plus accessible.

Table des matières

		Page
Remerciements		
Table des matières		i
Liste des tableaux		iii
Liste des tableaux en annexe		v
Résumé		vi
INTRODUCTION		1
I.	ORGANISATION DES SOINS INFIRMIERS AU CANADA	2
1.1	Contexte juridique	2
1.2	Formation	4
1.3	Association des infirmières et infirmiers du Canada	6
1.4	Rôle du personnel infirmier	8
1.5	Données générales sur le marché du travail	10
II.	FACTEURS INFLUANT SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE DE PERSONNEL INFIRMIER AU CANADA	11
2.1	Demande de personnel infirmier	11
2.1.1	Tendances générales de la demande et de l'emploi	12
2.1.2	Secteur d'emploi et évolution des techniques de prestation des soins de santé	13
2.1.3	Changements technologiques	15
2.1.4	Emploi selon le niveau de scolarité	16
2.1.5	Postes et changement de la nature fonctionnelle de la demande en personnel infirmier	24
2.1.6	Vieillissement de la population	31
2.1.7	Financement du régime de soins de santé au Canada	34
2.1.8	État de la demande	35
2.2	Offre de personnel infirmier	36
2.2.1	Bassin de main-d'oeuvre et profil démographique	37
2.2.2	Choix de la profession d'infirmier(ère)	38
2.2.3	Formation	39
2.2.4	Emploi à temps partiel	44
2.2.5	Attrition et roulement	45
2.2.6	Migrations	50
2.2.7	État de l'offre	57

Table des matières
(suite)

		Page
III.	INTERACTION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE - NIVEAUX ACTUELS ET PROJETÉS	59
	3.1 Le marché du travail : Indicateurs actuels de déséquilibre	59
	3.2 Projections de l'offre et de la demande de personnel infirmier	61
IV.	CONCLUSIONS ET RÉPERCUSSIONS	65
	Renvois	
	Bibliographie sélective	
	Appendice I - Résumés relatifs à la méthodologie des projections	
	Appendice II - Tableaux statistiques supplémentaires	

Liste des tableaux

		Page
Tableau 1.1	Nombre d'établissements de formation en sciences infirmières selon le niveau et le genre de programme, au Canada et dans chaque province, en 1986	5
Tableau 2.1	Infirmiers et infirmières autorisés travaillant en sciences infirmières selon le genre d'employeur - Canada, de 1979 à 1986	14
Tableau 2.2	Diplômés de programmes de formation en sciences infirmières de base occupant un emploi deux ans après la fin de leurs études, selon la catégorie de programme, répartition numérique et répartition en pourcentage selon la profession, Canada, diplômés de 1976 et 1982	18
Tableau 2.3	Personnel infirmier autorisé travaillant en sciences infirmières selon le plus haut niveau de formation en sciences infirmières, et répartition numérique et en pourcentage selon le poste, Canada, 1980 et 1986	20
Tableau 2.4	Répartition en pourcentage selon le poste des infirmier(ère)s autorisé(e)s exerçant leur profession, Canada, 1979 à 1986	25
Tableau 2.5	Personnel infirmier travaillant dans des hôpitaux publics selon le niveau du poste compte tenu de l'emploi à plein temps et à temps partiel ainsi que de l'emploi total à la fin de la période visée et du total d'heures rémunérées accumulées durant cette année au Canada de 1977/1978 à 1984/1985	27
Tableau 2.6	Taux de rémunération horaire des infirmier(ère)s autorisé(e)s en service général, conventions signées dans les principaux hôpitaux selon la province, janvier 1987	54
Tableau 2.7	Migrations internationales des infirmières et des infirmiers : Immigration au Canada - total des immigrants munis d'une offre d'emploi et immigrants des États-Unis; émigrants vers les États-Unis dont le dernier pays de résidence permanente est le Canada, 1975 à 1986	56
Tableau 3.1	Nombre d'emplois d'infirmier(ère)s bénéficiaires de prestations d'assurance-chômage, pourcentage des bénéficiaires de prestations d'assurance-chômage par rapport au nombre d'emplois vacants, d'après la Banque nationale d'emplois et pourcentage de ces emplois vacants par rapport à 1 000 personnes employées, Canada, de 1981 à 1986	60

Liste des tableaux
(suite)

		Page
Tableau 3.2	Projections de la demande d'infirmières et d'infirmiers et du nombre de nouveaux actifs au Canada de 1987 à 1995	62

Liste des tableaux en annexe

Tableau A1 Pourcentage des infirmier(ère)s autorisé(e)s travaillant comme infirmier(ère) par rapport au total des infirmier(ère)s autorisé(e)s, selon la province d'emploi/d'autorisation, le Canada et les provinces, 1979 à 1986

Tableau A2 Infirmier(ère)s autorisé(e)s travaillant comme infirmier(ère) selon le lieu de travail, Canada, 1979 à 1986

Tableau A3 Infirmier(ère)s autorisé(e)s travaillant en sciences infirmières, selon l'employeur, au Canada et dans les provinces, 1986

Tableau A4 Infirmier(ère)s autorisé(e)s travaillant comme infirmier(ère) selon le poste, Canada, 1979 à 1986

Tableau A5 Infirmier(ère)s autorisé(e)s travaillant en sciences infirmières selon le poste d'emploi, au Canada et dans le provinces, 1986

Tableau A6 Infirmier(ère)s autorisé(e)s, Canada et province d'autorisation/d'emploi, 1979 à 1986

Tableau A7 Nombre de diplômés d'établissements fournissant un enseignement en sciences infirmières selon le programme d'étude, Canada, 1975 à 1986

Tableau A8 Nombre de diplômés d'universités fournissant un enseignement en sciences infirmières selon le programme d'études, Canada, 1975 à 1986

Tableau A9 Diplômés des programmes de base en sciences infirmières, selon le type de programme, Canada et les provinces, 1986

Tableau A10 Infirmier(ère)s autorisé(e)s selon le plus haut niveau de formation et répartition en pourcentage selon le plus haut niveau de formation, Canada, 1979 à 1986

Tableau A11 Pourcentage des infirmier(ère)s autorisé(e)s qui sont demeuré(e)s en tant qu'employé(e)s résident(e)s dans la province ou ils(elles) ont obtenu leur diplôme, selon la province, 1979 à 1986

Tableau A12 Mouvement net interprovincial des infirmier(ère)s autorisé(e)s - différence entre le nombre d'infirmier(ère)s canadien(ne)s actuellement autorisé(e)s qui ont reçu leur formation de base dans la province de référence et le nombre d'infirmier(ère)s actuellement employé(e)s ou résident(e)s dans cette province, 1979 à 1986

RÉSUMÉ

La situation des infirmiers* et infirmières sur le marché du travail est bien différente de celle des membres d'autres professions. En raison, entre autres, de certains facteurs parmi lesquels la forte proportion de femmes, la réglementation gouvernementale concernant l'exercice de la profession ainsi que la nature des soins aux patients et l'environnement dans lequel ils sont prodigués, les méthodes habituelles d'analyse du marché du travail ne permettent pas de cerner avec précision les mécanismes de l'offre et de la demande dans le secteur des soins infirmiers à l'heure actuelle au Canada. De plus, les caractéristiques du marché du travail changent rapidement et constamment ce qui accroît l'importance de données spécifiques ayant trait au marché pour toute discussion ou analyse des différentes possibilités de développement.

Dans le présent rapport, nous étudierons le fonctionnement du marché du travail pour ce qui est des infirmières et son évolution probable, notamment le contexte général de la prestation de soins infirmiers, les conséquences de diverses contraintes auxquelles est soumis le marché de l'offre et de la demande dans cette profession, ainsi que, par ricochet, le degré d'équilibre atteint présentement et celui que l'on prévoit pour les années à venir. Il ne s'agit pas uniquement de la nature quantitative de l'offre et de la demande, mais également des besoins en main-d'oeuvre qualifiée et de sa disponibilité.

Ainsi, dans le domaine des soins infirmiers, le marché du travail est en constante évolution. Certains paramètres de l'exercice de la profession restent inchangés, mais d'importantes caractéristiques et fonctions sont continuellement en mutation ce qui a pour effet de modifier les mécanismes et le processus d'adaptation au marché du travail. Au nombre des facteurs dominants, notons les changements technologiques, l'élargissement

---

* Dans tout ce document, les termes infirmiers, infirmières et personnel infirmier désignent seulement les personnes admissibles à un emploi à titre d'infirmier ou d'infirmière diplômés ou autorisés. Sauf indication contraire, les infirmières auxiliaires, les aides infirmières et les garçons de salle d'hôpital ne sont pas visés par l'analyse.

de l'éventail des connaissances nécessaires en soins infirmiers, le vieillissement de la population, les nouvelles attentes concernant le rôle du personnel infirmier dans la prestation des soins, les variations de priorités en matière d'embauchage et la transformation des tendances en ce qui a trait à la prestation des soins de santé. C'est évidemment sur le plan de la demande en personnel infirmier que les principales répercussions sont enregistrées; toutefois, les pressions subies dans le milieu de travail et les exigences professionnelles imposées au personnel infirmier ont aussi une grande incidence sur les mécanismes de l'offre et les possibilités d'adaptation du marché du travail en cas de déséquilibre. Malheureusement, les effets des influences individuelles sont souvent contraires et font croître la demande, alors que l'offre de main-d'oeuvre diminue.

Au cours des dernières années, la demande de main-d'oeuvre en soins infirmiers a augmenté rapidement au Canada. Ce phénomène devrait se poursuivre étant donné les pratiques d'embauchage favorisant les infirmières, les initiatives récentes destinées à étendre leur rôle relativement à la prestation des soins, de même que le vieillissement rapide de la population. En outre, les contraintes susceptibles de faire baisser la demande de personnel infirmier, d'une part, représentent une inconnue en matière de planification (exemple : les tendances futures de la prestation des soins de santé) ou, d'autre part, ont fait diminuer la demande dans le passé (exemple : les changements technologiques).

Par ailleurs, les contraintes qui s'exercent sur le marché n'influent pas seulement sur l'ampleur de la demande. L'élargissement des connaissances nécessaires et la diversification des outils et des techniques en soins infirmiers ont aussi entraîné une spécialisation accrue et une augmentation des besoins en main-d'oeuvre qualifiée. Par conséquent, le niveau qualitatif des exigences professionnelles a aussi été relevé.

De telles tendances ont des répercussions considérables sur l'offre de personnel infirmier et l'adaptabilité du marché du travail. Suite à l'augmentation des connaissances nécessaires, les étudiants en soins infirmiers ont dû prolonger leurs études avant d'entrer sur le marché du travail, ce

qui a eu pour effet de réduire l'offre. Le temps requis pour l'adaptation aux déséquilibres du marché du travail a également été allongé, et ce raisonnement s'applique pareillement à la prédominance de la spécialisation. Il est ainsi possible d'offrir des soins de haute qualité dans une discipline où les connaissances techniques sont en constante progression; en revanche, du fait de la tendance à la spécialisation, le marché du travail perd en souplesse à cause de l'hétérogénéité croissante du personnel infirmier.

L'offre de personnel infirmier est fonction de l'importance de la population source dans le secteur de la formation en soins infirmiers, de la volonté de particuliers de s'engager dans cette voie, de l'aptitude du personnel infirmier ayant quitté la population active à y revenir, de la durée des études et de l'immigration du personnel infirmier. Par contre, si les tendances de l'offre enregistrées à l'heure actuelle se maintiennent, elles pourraient contribuer à réduire la disponibilité de la main-d'oeuvre et à restreindre le nombre de personnes qui entreprennent l'exercice de la profession ou le reprennent.

Il n'est cependant pas exclu que certaines transformations du marché du travail permettent d'accroître l'accessibilité des services infirmiers grâce à une utilisation plus judicieuse des ressources humaines. La main-d'oeuvre infirmière se caractérise par un taux élevé de roulement et d'érosion des effectifs, l'intermittence de l'activité et la forte proportion de l'emploi à temps partiel. S'il était possible de modifier le cadre de travail de façon à amortir l'incidence à la baisse de ces facteurs, l'offre globale pourrait augmenter même si la formation n'était pas accrue.

Comme le marché du travail est de moins en moins flexible, dans le secteur du personnel infirmier, il faudrait mettre davantage l'accent sur la planification des ressources humaines. En effet, au moyen de leurs prévisions, les planificateurs pourraient peut-être arriver à influer sur le marché du travail de manière à réduire les risques de déséquilibre à long terme. Par une répartition optimale des ressources, on pourrait vraisemblablement éviter les pénuries et les surplus et, dans la mesure du possible, assurer la disponibilité d'une main-d'oeuvre adéquate. Une telle

démarche est d'une importance considérable étant donné la nature particulière de l'enseignement dans le domaine des soins infirmiers et les préoccupations actuelles concernant les pénuries de main-d'oeuvre infirmière.

Il est généralement reconnu que le Canada a connu une pénurie de main-d'oeuvre infirmière en 1981. Selon les médias et d'après les statistiques récentes, le problème refait surface. Il ne semble pas que la pénurie soit aussi grave qu'au début de la décennie, mais si l'on se fie aux tendances actuelles pour ce qui est du développement du marché du travail, la pénurie de personnel infirmier persistera et risquera même de s'aggraver, à tout le moins à court terme.

INTRODUCTION

De nombreuses recherches et analyses démontrent que la situation du personnel sanitaire sur le marché du travail est très différente de celle des autres grands groupes professionnels. Les méthodes habituelles d'analyse de l'offre et de la demande ne conviennent pas, en partie à cause de la réglementation concernant la prestation des services de santé, de la dépendance vis-à-vis du financement public et de la nature des soins de santé ainsi que du contexte dans lequel ils sont prodigués.[1] On a, en outre, soutenu que le marché du personnel infirmier est différent de celui des autres secteurs d'activité dans le domaine de la santé[2].

Le but du présent document est de donner un aperçu et une analyse du marché du travail canadien des infirmières et infirmiers*. L'examen se limite aux principaux facteurs ayant une incidence sur la demande de soins de santé et l'offre de personnel infirmier au Canada.

Le document est divisé en quatre parties. Dans la première, on étudie brièvement l'organisation et le cadre de travail des soins infirmiers, y compris la réglementation législative, l'organisation du groupe professionnel et le rôle du personnel infirmier dans la prestation des services de santé. La deuxième section porte sur les mécanismes du marché du travail et ses liens structurels, et sur les répercussions possibles des changements actuels qui peuvent être décelés. La troisième section présente des mesures actuelles et projetées de la demande en soins infirmiers et de l'offre en personnel infirmier et fait état des lacunes des méthodes utilisées, le cas échéant. Dans la quatrième, on résume succintement les effets de toute les questions et tendances examinées précédemment et leur incidence éventuelle sur les organismes, organisations et individus concernés par le marché du travail canadien relatif à la main-d'oeuvre infirmière.

---

* Dans tout ce document, les termes infirmiers, infirmières et personnel infirmier désignent seulement les personnes admissibles à un emploi à titre d'infirmière ou d'infirmier diplômé(e)s ou autorisé(e)s. Sauf indication contraire, les infirmières auxiliaires, les aides infirmières et les garçons de salle d'hôpital ne sont pas visés par l'analyse.

I. ORGANISATION DES SOINS INFIRMIERS AU CANADA

Le personnel infirmier du Canada est très spécialisé, assujetti à de nombreux règlements et, en tant que groupe professionnel, très organisé. Pour comprendre clairement les facteurs qui influent sur la demande de services infirmiers et la disponibilité du personnel infirmier, il faut donc être familier avec le contexte dans lequel il évolue. Parmi les facteurs importants, mentionnons les lois et les contrôles visant l'exercice de la profession, la formation requise et son accessibilité, l'organisation du groupe professionnel, le rôle et les fonctions du personnel infirmier ainsi que les tendances historiques du marché du travail. Les personnes qui connaissent l'organisation de la pratique infirmière au Canada peuvent sauter les données documentaires fournies dans cette section.

1.1 Contexte juridique

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1967 a confié aux gouvernements provinciaux* la responsabilité des services de santé qu'ils assument toujours de nos jours. Même si le gouvernement fédéral a imposé certaines normes, cette répartition des compétences en matière de santé a favorisé l'institution de dix régimes de soins de santé distincts mais analogues[4].

Quant à la réglementation relative à l'exercice de la profession, les lois provinciales et territoriales diffèrent en ce qui concerne le champ d'application et la rigueur de la réglementation, mais le Yukon est le seul territoire où il n'existe aucune loi portant précisément sur les soins infirmiers. Dans la plupart des provinces, les candidats doivent obtenir une autorisation de l'organisme de réglementation compétent, (établi aux termes d'une loi provinciale) avant de pouvoir obtenir un emploi d'infirmier ou d'infirmière.

---

* La participation fédérale a été limitée aux quarantaines, la mise sur pied et l'entretien des hôpitaux de la marine, la qualité des aliments et drogues, de même que les anciens combattants, l'armée, la Gendarmerie royale, les Indiens, les détenus et les passagers provenant de pays étrangers. Le gouvernement fédéral assure également les services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon et contribue au financement de ces services[3].

En Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique (près de 60% du personnel infirmier canadien demeure et travaille dans ces provinces), l'accréditation est volontaire; il s'agit d'une reconnaissance de la compétence du candidat par l'État, mais elle ne confère aucun droit exclusif d'exercice de la profession*[5]. Dans ces provinces, la main-d'oeuvre non autorisée peut remplir les fonctions du personnel infirmier, mais l'accréditation peut être exigée par l'employeur comme condition préalable à l'emploi, ou aux termes de la législation provinciale, à certains endroits. Que le contrôle de l'exercice de la profession se fasse au moyen d'une autorisation (inscription obligatoire) ou de l'accréditation (inscription facultative), les exigences de base sont à peu près les mêmes partout au Canada. Dans toutes les provinces, les organismes de réglementation sont chargés d'effectuer des contrôles et de faire respecter certaines normes.

Les règlements provinciaux fixent généralement les limites de la pratique infirmière. Toutefois, il n'existe pas de définition normalisée des fonctions de l'infirmier(ère). Les appellations diffèrent selon la province ou peuvent s'écarter de la norme proposée par l'association professionnelle.

Dans la plupart des provinces, les soins en psychiatrie sont partie intégrante des soins infirmiers, sont prévus par la législation générale et nécessitent une formation de base compatible avec d'autres secteurs d'activité professionnelle. Cependant, en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba, les soins infirmiers en psychiatrie constituent une profession distincte, sont assujettis à une loi particulière, sont régis par des organismes de réglementation indépendants et font l'objet de programmes de formation différents (bien que, dans ces provinces, le personnel infirmier puisse obtenir une autorisation d'exercer des associations provinciales de personnel infirmier et d'associations d'infirmiers et infirmières en psychiatrie).

Les différences notées entre les provinces quant au genre d'autorisation exigée et à la délimitation du rôle du personnel infirmier ont une importance qui déborde le cadre de la réglementation professionnelle. Les

---

* Le terme accréditation correspond à la définition donnée. Ce processus est distinct de l'octroi d'un certificat de compétence dans un domaine de soins infirmiers spécialisés, lequel sera examiné plus loin.

infirmières et infirmiers, lors de la délivrance annuelle de leur autorisation, sont la principale source de données statistiques sur eux-mêmes. Cette information, quoique détaillée et valable, doit être utilisée avec prudence. Comme l'autorisation n'est pas obligatoire dans certaines provinces, le nombre réel d'infirmiers disponibles risque d'y être sous-évalué. De plus, dans les provinces de l'Ouest, on établit une distinction entre le personnel infirmier en soins généraux et le personnel infirmier en psychiatrie, ce qui exclut des données une partie de la main-d'oeuvre infirmière sur le plan des autorisations et crée une certaine disparité dans les données interprovinciales.

1.2 Formation

L'éducation relève de la compétence provinciale. Par conséquent, il existe des différences d'une province à l'autre en ce qui a trait aux établissements où se donne la formation des infirmières et infirmiers, à son accessibilité et aux normes fixées. Il est néanmoins possible d'établir des règles générales applicables à l'ensemble du pays concernant les exigences scolaires de base et les possibilités de formation complémentaire.

L'exercice de la profession d'infirmière exige une préparation théorique au niveau postsecondaire. Il y a deux catégories de titres en soins infirmiers. Le diplôme en sciences infirmières peut être obtenu d'un collège communautaire, d'un hôpital d'enseignement ou d'une école indépendante (ceci au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard seulement[6]), ce qui prend de deux à trois années d'études à plein temps. Par ailleurs, les candidats peuvent aussi s'inscrire à des programmes d'une durée de quatre à cinq ans offerts en sciences infirmières par des universités qui décernent des baccalauréats. Dans tous les programmes une expérience clinique dans les hôpitaux ou des services communautaires complète la formation didactique[7].

Il importe de signaler que tous les genres de programme d'études infirmières ne sont pas offerts dans chaque province et que la formation complète dans des hôpitaux d'enseignement disparaît progressivement ou est déjà inexistante presque partout[8]. Le tableau 1.1 donne le nombre de programmes de formation de base en sciences infirmières dans chaque province ou

Tableau 1.1

NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION EN SCIENCES INFIRMIÈRES SELON LE NIVEAU ET LA GENRE DE PROGRAMME, AU CANADA ET DANS CHAQUE PROVINCE, EN 1986

Province	Diplôme		
	Collège communautaire	Hôpital/École indépendante	Baccalauréat de base
Terre-neuve	--	4	1
Île-du-Prince-Édouard	--	1	--
Nouvelle-Écosse	--	7	2
Nouveau-Brunswick	--	5	2
Québec	42	--	3
Ontario	23	--	8
Manitoba	1	5	1
Saskatchewan	2	--	1
Alberta	7	4	2
Colombie-Britannique	9	1	1
Territoires du N.-O.	--	--	--
Yukon	--	--	--
Canada	84	27	21

-- Sans objet.

Source : Statistique Canada, Section des soins de santé, Division de la santé, Numéro de catalogue : 83-226, Personnel infirmier au Canada, Ottawa (Ontario).

territoire par programme et genre d'établissement d'enseignement. Aucune formation universitaire en sciences infirmières n'est offerte à l'Île-du-Prince-Édouard et aucune formation de base en soins infirmiers, au Yukon ni aux Territoires du Nord-Ouest.

La formation ne se limite toutefois pas aux programmes de base. La formation avancée et permanente est considérée comme un élément de plus en plus important pour la prestation efficace des soins infirmiers. Parmi les grandes catégories de cours de formation complémentaire, mentionnons les programmes grâce auxquels les infirmier(ère)s d'expérience possédant un diplôme d'études collégiales peuvent obtenir un baccalauréat; la formation de courte durée destinée au perfectionnement dans un secteur spécialisé des soins infirmiers; les cours de recyclage des personnes qui reviennent sur le marché du travail et les programmes de maîtrise. Il n'y a pas de programmes de niveau de doctorat à l'heure actuelle au Canada.

L'accessibilité des programmes et de la formation spécialisée varie selon la province et l'établissement. Les possibilités d'inscription sont limitées par l'accès local. La formation à distance* permet de plus en plus de satisfaire à la demande croissante en éducation permanente et à celle de la forte proportion d'infirmières et d'infirmiers pour lesquels l'enseignement en établissement ne convient pas.

1.3 Association des infirmières et infirmiers du Canada

L'organisation interne du groupe professionnel rend compte assez fidèlement du caractère provincial de la législation qui s'applique à l'exercice de la profession d'infirmier(ère). L'Association des infirmières et des infirmiers du Canada (AiiC) est une fédération de neuf associations provinciales et de deux associations territoriales; les membres de l'AiiC sont recrutés uniquement parmi les infirmiers et infirmières appartenant à des groupements provinciaux ou territoriaux affiliés.

L'AiiC a pour objectifs de représenter les Canadiens membres de la profession aux paliers national et international, de mettre au point une perspective canadienne sur les questions de principe qui ont trait aux

---

* La formation à distance est une expression générique utilisée pour désigner un ensemble de méthodes d'enseignement non traditionnelles selon lesquelles les participants n'ont pas besoin d'être présents dans les lieux où se donne la formation pendant toute la durée du programme.

soins infirmiers et à la santé, de favoriser le respect de normes élevées dans l'exercice de la profession, dans la formation, l'administration et la recherche en sciences infirmières et de jouer un rôle de chef de file à propos des questions portant sur les conditions de travail des infirmiers et infirmières. Parmi les initiatives de l'AiiC, mentionnons une revue bilingue diffusée à l'échelle nationale, l'élaboration et l'exécution d'un programme national d'examen aux fins de la délivrance d'une autorisation, la mise en oeuvre d'un programme national visant l'octroi d'un certificat dans les domaines spécialisés des soins infirmiers et des représentations des infirmières lors de l'élaboration de politiques fédérales pouvant avoir une incidence sur l'exercice de la profession.

En 1970[9], l'AiiC a créé le Service des examens pour qu'il prépare un test complet à l'intention des groupes affiliés, destiné à déterminer l'admissibilité des candidats à l'autorisation. Cet examen est actuellement utilisé dans toutes les provinces[10], quoique les organismes de réglementation professionnelle déterminent leurs propres normes d'acceptation. En utilisant un seul outil d'évaluation des compétences dans tout le pays, il est possible de réduire l'incidence des divergences entre les provinces sur le plan de la formation. Ce facteur est digne de mention car les différences concernant les exigences de base liées à l'octroi de l'autorisation peuvent nuire à la mobilité de la main-d'oeuvre et atténuer l'effet équilibrant d'un important mécanisme du marché du travail. D'ailleurs, la main-d'oeuvre infirmière a fait montre d'une forte tendance à la migration dont il sera question dans une section suivante.

La première association professionnelle avec laquelle la plupart des infirmier(ère)s ont des contacts est l'organisme de réglementation provincial ou territorial. Dans la majorité des provinces (à l'exception de l'Ontario et du Québec), cet organisme est affilié à l'AiiC. Outre les responsabilités qui leur sont conférées par la loi, les associations provinciales et territoriales d'infirmières et d'infirmiers et les organismes de réglementation fournissent des données aux gouvernements et à d'autres organismes, communiquent avec leurs membres, servent de promoteurs informels de changement et défendent les intérêts de leurs membres dans la province[11].

Dans la plupart des provinces, ces organismes assumaient également la représentation de leurs membres dans le cadre du processus de négociation collective, fonction que nombre d'entre eux ont abandonné au profit de syndicats indépendants[12]. Le plus souvent, la négociation collective se fait à l'échelon provincial, ce qui permet une uniformisation provinciale des échelles de salaire dans les hôpitaux.

L'AIIC, ses organismes affiliés dans les provinces, les organismes de réglementation et les syndicats d'infirmiers et d'infirmiers ne sont pas les seules organisations professionnelles existantes. Les associations de soins infirmiers auxquelles l'inscription n'est pas obligatoire abondent; il s'agit généralement de groupes intéressés à une spécialité donnée.

1.4 Rôle du personnel infirmier

Aujourd'hui comme autrefois, la plupart des infirmières sont employées aux soins directs aux patients. Elles sont donc chargées, à des degrés divers selon l'établissement, d'évaluer, de suivre et de noter l'état du malade, d'aider les médecins-praticiens, de faire fonctionner ou de surveiller le fonctionnement de matériel médical ou de coordonner et superviser les activités du personnel des services connexes[13]. Les infirmier(ère)s autorisé(e)s participent de plus en plus à l'administration des soins infirmiers et des soins de santé, à la formation et à la recherche.

Bien que la prépondérance des soins aux malades soit demeurée une constante, des changements importants se sont récemment produits quant à l'étendue des fonctions du personnel infirmier, à son rôle dans le processus de prise de décisions, à ses rapports avec les autres professionnels de la santé et aux outils, aux techniques et au milieu de travail. Ce sont probablement les transformations apportées à l'enseignement des soins infirmiers qui témoignent le mieux de l'élargissement du rôle de la main-d'oeuvre infirmière et de la complexité accrue de ses fonctions.

Parmi les agents catalyseurs, mentionnons l'évolution des connaissances médicales (qui permet maintenant au personnel des soins de santé de traiter efficacement un plus grand nombre de maladies et a aussi fait

augmenter le nombre et la complexité des outils nécessaires à la prestation des soins optimaux), le changement de priorité des employeurs en matière de recrutement et les nouvelles attentes concernant l'étendue des fonctions du personnel infirmier. Compte tenu de leur teneur particulière, ces facteurs ont eu des répercussions importantes sur le niveau et la nature de la demande et feront l'objet d'une étude plus approfondie un peu plus loin. Le développement des techniques a, en outre, eu une incidence considérable sur le cadre de travail en particulier en milieu hospitalier. Cette incidence étant globale et profonde, elle se fait aussi sentir sur les plans de l'offre et de la demande.

Comme les soins de santé sont de plus en plus efficaces, moins de gens meurent prématurément, ce qui modifie le cycle de la maladie auquel le personnel infirmier doit s'adapter et la composition démographique de la population des malades. Alors que dans le passé la plupart des patients souffraient de maladies infectieuses qui nécessitaient des interventions épisodiques et avaient un objectif curatif, de nos jours, la main-d'oeuvre infirmière soigne principalement des personnes atteintes de maladies chroniques et d'affections dégénératives liées à la vieillesse. Le travail n'est donc plus axé sur la guérison des malades, mais sur la prestation de soins qui s'adressent non pas seulement au patient, mais bien à toute la famille[14].

On a ainsi constaté une réduction de la période d'hospitalisation (partant, du taux de roulement des patients), qui se limite aux stades les plus critiques de la maladie; les soins à donner sont, par conséquent, plus intensifs et plus complexes pendant toute la durée du séjour[15]. La convalescence ne se faisait à peu près jamais en milieu hospitalier[16].

Cette situation a des conséquences directes pour le personnel infirmier: charge de travail physique accrue, techniques de soins plus compliquées et augmentation du niveau de stress. Le problème est souvent aggravé par des restrictions budgétaires et l'insuffisance connexe de ressources humaines nécessaires pour satisfaire à la demande.

Étant donné que les outils et les techniques de prestation des soins se sont diversifiés, les connaissances dans ce secteur d'activité se sont aussi

développées; parallèlement, l'éducation permanente, visant à actualiser des connaissances périmées a pris une importance accrue tout comme les spécialités et les spécialistes. L'essor de la spécialisation ne se limite pas aux soins infirmiers, il s'est manifesté également par l'avènement de nouvelles professions dans le domaine de la santé et a fait grossir l'équipe des soignants en milieu hospitalier. De telles mutations peuvent créer des conflits de rôle et de la confusion, d'où la nécessité de réévaluer le rôle[17] de l'infirmier(ère) dans le soin aux patients.

1.5 Données générales sur le marché du travail

La main-d'oeuvre infirmière travaille surtout dans les hôpitaux, bien que presque partout la proportion ait légèrement diminué ces dernières années. Des augmentations relatives de l'emploi dans les maisons de soins infirmiers et foyers pour personnes âgées et les centres de santé communautaires ont été enregistrées. Des soins infirmiers sont également donnés dans des cabinets de médecins, dans des établissements d'enseignement, dans des entreprises et au domicile des patients. Les conditions de travail, le niveau de scolarité nécessaire et les possibilités d'avancement varient aussi selon le lieux où les services sont fournis.

À l'exception des années de la dépression[18], les surplus et les pénuries de main-d'oeuvre infirmière se sont succédés en alternance en raison du recours au contingentement du nombre d'étudiants pour rétablir l'équilibre sur le marché du travail[19] et faire face à des restrictions budgétaires, ce qui a souvent entraîné l'élimination de lits et des réductions de l'emploi. On a estimé que la durée moyenne des cycles s'échelonnait entre six[20] et dix[21] ans. D'après certaines études récentes fondées sur des données recueillies à la fin des années soixante-dix et au début des années quatre-vingts, la région visée risquait de connaître une pénurie de personnel infirmier. Nombreux sont ceux qui prévoyaient que ce phénomène deviendrait chronique si le marché du travail ne faisait l'objet d'aucun changement. Ces conclusions seront analysées plus en détail après l'examen des facteurs influant spécifiquement sur la demande et la disponibilité de main-d'oeuvre infirmière au Canada.

II. FACTEURS INFLUANT SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE DE PERSONNEL INFIRMIER AU CANADA

Une analyse quantitative et sommaire de la nature de la profession infirmière au Canada n'est pas simple et doit donc être utilisée avec prudence. Compte tenu des différences d'une province à l'autre en matière de lois, d'éducation et de milieu de travail, les moyennes nationales n'expriment pas toujours les tendances individuelles des provinces. De plus, la perspective provinciale de la plupart des collectes de données et des études sur le marché du travail ainsi que la rapidité avec laquelle les changements se produisent compliquent l'élaboration d'un aperçu actuel et représentatif à l'échelle nationale de la structure du marché du travail.

Compte tenu de ces réserves, nous présentons ci-après une analyse sommaire des principaux mécanismes de l'offre et de la demande qui régissent le marché du travail pour ce qui est de la main-d'oeuvre infirmière. Les tendances provinciales ont été signalées lorsque cela était possible, en particulier dans les cas où elles diffèrent des tendances nationales.

2.1 Demande de personnel infirmier

La demande observée en services infirmiers est attribuable à de nombreux facteurs distincts parmi lesquels on peut mentionner l'évolution du rôle et des fonctions du personnel infirmier, la demande croissante de services spécialisés, les préférences des employeurs en matière de recrutement, les restrictions fiscales et leurs effets sur le financement des salaires et des établissements de soins de santé, la disponibilité de professionnels dans les professions connexes, le mode de prestation des soins et la répartition de la population selon l'âge. On tentera donc de déterminer quelle est l'importance de ces facteurs relativement à l'ampleur de la demande de même que l'étendue et le genre d'aptitudes exigées.

2.1.1 Tendances générales de la demande et de l'emploi

En 1986, 204 579[*22] infirmier(ère)s autorisé(e)s du Canada occupaient un emploi dans ce secteur d'activité, et 93 pour cent d'entre eux donnaient des soins directs aux patients, les autres faisant de l'administration (4 pour cent) et de l'enseignement (3 pour cent).

Le niveau d'emploi de la main-d'oeuvre infirmière était, en 1986, de 32 pour cent supérieur à celui de 1980. Certains éléments de la collecte de données laissent supposer que quelques-unes des hausses signalées dans l'emploi peuvent, en fait, être liées à une augmentation du nombre d'autorisations accordées ou à une meilleure collecte de données. Par ailleurs, l'augmentation générale de l'emploi dans toutes les professions au Canada a atteint près de 9 pour cent au cours de la même période de six ans, ce qui est bien inférieur à la hausse enregistrée pour la main-d'oeuvre infirmière. La demande de services infirmiers a aussi subi une augmentation relative aussi forte au cours des dernières années. De 1979-1980 à 1984-1985, le salaire horaire versé aux infirmières et infirmiers diplômés travaillant dans les hôpitaux publics du Canada a augmenté de 21 pour cent. Comparativement, les données concernant les heures réelles de travail fournies annuellement par l'ensemble de la population active du Canada ont dépassé d'environ 4 pour cent celles de 1980[23]. Selon l'une ou l'autre de ces mesures, il semble qu'au Canada la croissance de la demande en personnel infirmier soit vigoureuse et supérieure à la moyenne.

---

* Ces séries de données sont établies d'après des renseignements fournis par les infirmiers et infirmières mêmes au cours du processus annuel d'autorisation. Par conséquent, elle comportent tous les défauts propres à ce genre de mode de collecte des données (se reporter à l'analyse aux pages 3 et 4).

2.1.2 Secteur d'emploi et évolution des techniques de prestation des soins de santé

Le tableau 2.1 fait état des changements survenus depuis 1979 en ce qui a trait au lieu d'emploi. Dans l'ensemble, les changements ont été minimes. Tandis que l'importance des hôpitaux comme lieu d'emploi a légèrement diminué, celle des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées a augmenté. C'est ainsi que la proportion d'infirmiers et d'infirmières travaillant dans des établissements de soins de santé (hôpitaux, maison de repos et foyers pour personnes âgées) est restée sensiblement la même, soit 81 pour cent du total, au cours des dernières années. Pour ce qui est du long terme, la proportion d'infirmières et d'infirmiers autorisés travaillant en établissement a très peu diminué.

Si l'on analyse ces données, il ressort que la tendance actuelle à la prestation des soins de santé ailleurs qu'en établissement n'a pas restreint de façon significative cette source d'emploi. Cet état de choses est dû en partie à l'évolution des soins dispensés aux malades en établissement, ce dont il a été question plus haut. À mesure que la gravité de l'état des malades hospitalisés s'accroît, l'intensité des soins infirmiers doit augmenter et, de ce fait, la demande de services infirmiers par jour d'hospitalisation. Le nombre moyen d'heures de soins infirmiers rémunérées par jour d'hospitalisation dans les hôpitaux publics canadiens est passé d'environ 3,6 en 1977-1978 à près de 4,1 en 1984-1985[24].

Cependant, les restrictions budgétaires constantes, l'importance accordée aux initiatives personnelles en soins de santé et la préservation de la santé, ainsi que la recherche de formules de soins de santé non donnés en établissement pourrait hâter la diminution relative de l'emploi en établissement. Comme on le démontre au tableau A2 en annexe, depuis 1980, la croissance de l'emploi du personnel infirmier dans chacun des secteurs étudiés a été forte. Cette tendance ne changera probablement pas. Toutefois, l'importance relative de chaque organisme par rapport à l'emploi global de la main-d'oeuvre infirmière continuera à se modifier.

Tableau 2.1

INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES AUTORISÉS TRAVAILLANT EN SCIENCES INFIRMIÈRES SELON LE GENRE D'EMPLOYEUR - CANADA, DE 1979 À 1986

Année	Total (Nombre)	Hôpital (%)	Centre d'accueil/ foyer pour personnes âgées (%)	Santé communautaire (%)	Cabinet de médecin (%)	Établissement d'enseignement (%)	Autres établissements %
1979	148 827	75,6	5,9	9,2	2,8	3,2	3,3
1980	155 178	75,3	6,4	9,1	2,9	3,1	3,4
1981	161 070	75,3	6,1	9,4	2,7	3,0	3,5
1982	164 086	76,1	5,2	9,5	2,6	2,9	3,6
1983	176 623	75,3	6,4	9,4	2,6	2,8	3,5
1984[3]	187 918	75,2	6,7	9,5	2,6	2,8	3,3
1985	194 361	74,7	6,7	9,5	2,7	2,8	3,7
1986	204 579	74,5	6,9	9,6	2,6	2,7	3,7

Nota : Ces données sont fondées sur les renseignements fournis à Statistique Canada par les associations provinciales d'infirmiers et d'infirmières tels qu'elles les ont obtenus de leurs membres au cours des quatre premiers mois de la période d'inscription annuelle. On ne peut affirmer que le dénombrement est exhaustif puisque les provinces n'ont pas toutes une loi rendant autorisation obligatoire.

1. La répartition se fonde uniquement sur les renseignements fournis par les répondants qui ont indiqué leur milieu de travail. Ceux qui ne l'ont pas fait ont été exclus du total utilisé dans les calculs.

2. À l'exclusion du Yukon.

3. Les données pour 1984 de l'Association of Registered Nurses of Newfoundland n'étaient pas disponibles. On a donc repris celles de 1983 pour calculer le total canadien en 1984.

Source : Statistique Canada, Division de la santé, Section de la statistique de la main-d'oeuvre sanitaire, Série révisée de données sur les infirmiers(ères) autorisé(e)s (1979 à 1985) et Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction (1986), Ottawa (Ontario).

Par ailleurs, on ignore encore ce que seront les nouvelles tendances et techniques en matière de prestation des soins de santé, la situation de l'emploi et les niveaux globaux de la demande.

Il est néanmoins certain que ce facteur influera sur les niveaux futurs d'utilisation de la main-d'oeuvre infirmière et sur l'évolution des aptitudes exigées du personnel infirmier. Chaque méthode de prestation des soins infirmiers fait appel à des équipes différentes de professionnels de la santé et nécessite donc des aptitudes diverses.

Si l'on tient compte uniquement de la situation nationale, on risque de passer outre à certaines tendances importantes de l'emploi existant dans des régions données. Malheureusement, le manque d'uniformité dans les données empêche les comparaisons entre les provinces concernant l'importance des divers secteurs d'emploi par rapport à l'ensemble de la main-d'oeuvre infirmière.

2.1.3 Changements technologiques

Le défi le plus sérieux et constant qu'a à relever le personnel infirmier est peut-être celui de l'évolution technologique. Bien que l'ampleur ultime et l'incidence précise des changements ne soient pas connues avec exactitude, il est certain que les connaissances médicales continueront à se développer et que les méthodes et outils de diagnostic et de traitement se diversifieront, seront plus complexes et nécessiteront des compétences plus étendues. Parmi les facteurs auxquels il faudra s'adapter, mentionnons le développement continu des sciences infirmières qui accentue la tendance à la spécialisation; l'évolution des techniques et des outils de prestation des soins qui met à l'épreuve les capacités d'adaptation et d'analyse du personnel ainsi que l'importance accrue d'une formation de base plus poussée.

Par ailleurs, on ignore si de tels facteurs feront augmenter ou diminuer la demande globale de services infirmiers. Tandis que la technologie a, de façon générale, entraîné une augmentation de l'intensité des soins aux malades hospitalisés, l'évolution technologique raccourcit la période d'hospitalisation nécessaire dans le cas de certaines maladies ou certains

traitements. En Ontario, à la fin des années soixante-dix, on a constaté que les nouveautés technologiques avaient créé un hausse de la demande de soins infirmiers[25].

Comme la plupart des tendances qui influent sur la demande de personnel infirmier, le rythme de l'évolution technologique a des conséquence notables sur l'offre de ressources humaines dans le secteur des soins infirmiers. La main-d'oeuvre infirmière se caractérise par des périodes intermittentes de participation au marché du travail de la part des particuliers. Les périodes de chômage volontaire de courte durée peuvent cependant devenir permanentes car, en raison des variations de la demande, l'infirmier inactif pendant un certain temps est ensuite mal préparé pour réintégrer la profession. De fait, on a laissé entendre que les faits nouveaux en matière de technologie et de traitement surviennent maintenant si rapidement que les infirmières ont besoin de cours de recyclage après aussi peu que six mois d'inactivité[26].

2.1.4 Emploi selon le niveau de scolarité

En 1986, 88 pour cent[27] des infirmières et infirmiers autorisés dont le niveau de scolarité le plus élevé était un diplôme d'études collégiales occupaient un emploi dans le domaine des soins infirmiers*. En revanche, 90 pour cent des infirmiers détenant un baccalauréat avaient un emploi. La différence est négligeable, ce qui laisse penser qu'il n'y a pas d'avantage marqué sur le plan de l'emploi à posséder un diplôme universitaire. Cependant, le taux de réussite des diplômés de programmes de formation de base en sciences infirmières sur le plan de l'emploi semble suggérer que les employeurs commencent à préférer le personnel infirmier ayant fait des études universitaires.

Selon une enquête menée en 1982 auprès des diplômés de collèges communautaires (y compris les hôpitaux) et d'universités, parmi ceux qui faisaient partie de la population active, 2 pour cent des détenteurs de diplômes

---

* Englobe les soins directs aux patients, l'administration des soins infirmiers, la recherche en sciences infirmières et les compétences en enseignement des sciences infirmières.

universitaires en sciences infirmières et 5 pour cent des diplômés dans le même domaine sont restés sans emploi[28]. Outre leur taux d'emploi supérieur, les détenteurs de diplômes d'études ont réussi un peu plus que leurs collègues formés au collège et en milieu hospitalier à trouver de l'emploi dans des domaines où la formation en sciences infirmières est nécessaire. En fait, d'après les données, le genre de poste est de plus en plus fonction des titres que possède le candidat.

Au tableau 2.2, on compare les postes des diplômés en sciences infirmières de 1976 et 1982, deux ans après la fin de leurs études, selon le genre de programme de formation. Dans l'ensemble, la proportion de bacheliers occupant des postes de supervision et d'enseignement dépasse celle des détenteurs de diplômes d'études collégiales chaque année. De 1976 à 1982, le nombre réel de personnes qui ont obtenu ce genre de poste parmi les détenteurs de diplômes d'études collégiales a diminué et celui des détenteurs de diplômes universitaires a généralement augmenté, à l'exception des nouveaux titulaires de postes en médecine et en administration de la santé parmi lesquels le nombre de diplômés de collèges et d'universités a diminué dans les deux cas. On a néanmoins enregistré des augmentations équivalentes chez les diplômés de programmes de maîtrise. Au cours de chacune des années visées par l'étude, la proportion de nouveaux diplômés occupant un emploi dans le cadre duquel des soins directs sont donnés aux patients était plus forte parmi les détenteurs de diplômes d'études collégiales.

Au tableau 2.3, on compare les postes occupés par tout le personnel infirmier en 1980 et 1986, en fonction du niveau le plus élevé de scolarité. D'après ces données, on peut déterminer les répercussions à long terme sur le plan professionnel des différences de formation en matière de recrutement mentionnées précédemment. Les personnes dont le plus haut niveau de scolarité est un diplôme d'études collégiales sont surreprésentées uniquement à des postes d'infirmier ou d'infirmière de pratique générale. Inversement, les diplômés de programmes de baccalauréat ou de niveau plus poussé sont surreprésentés parmi les titulaires de postes de niveau supérieur. Ce phénomène s'est produit de façon plus marquée en 1986.

Tableau 2.2

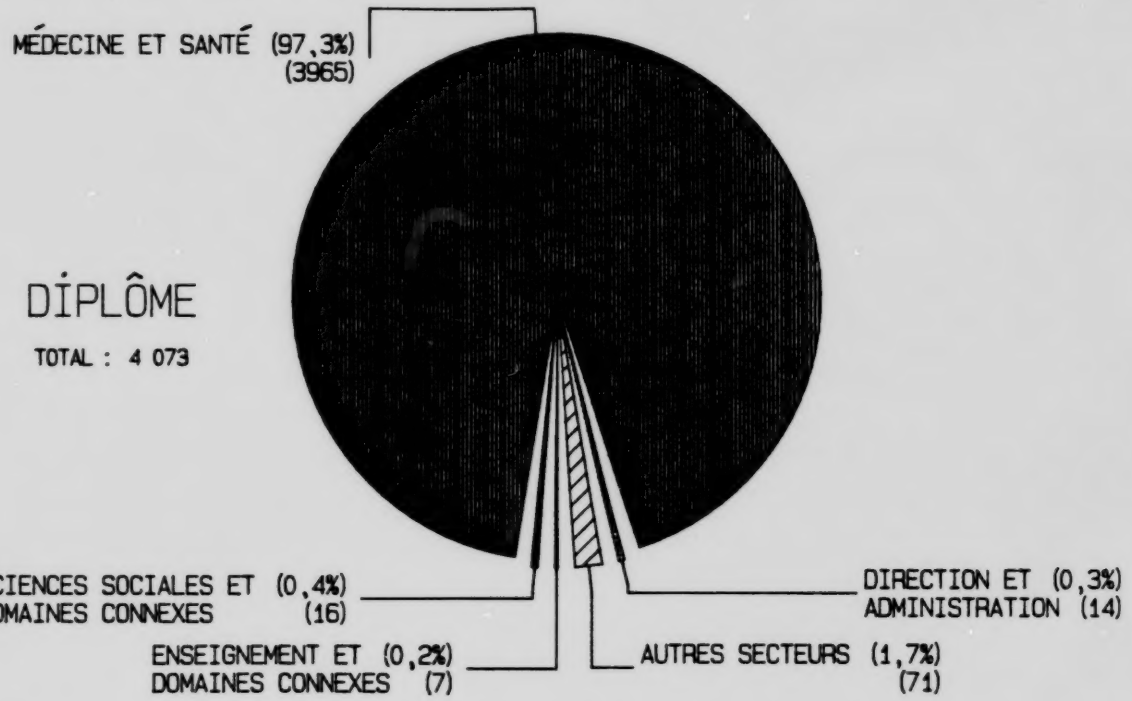
DIPLÔMÉS DE PROGRAMMES DE FORMATION EN SCIENCES INFIRMIÈRES DE BASE OCCUPANT UN EMPLOI DEUX ANS APRÈS LA FIN DE LEURS ÉTUDES, SELON LA CATÉGORIE DE PROGRAMME - RÉPARTITION NUMÉRIQUE ET RÉPARTITION EN POURCENTAGE SELON LA PROFESSION, CANADA, DIPLÔMÉS DE 1976 ET 1982

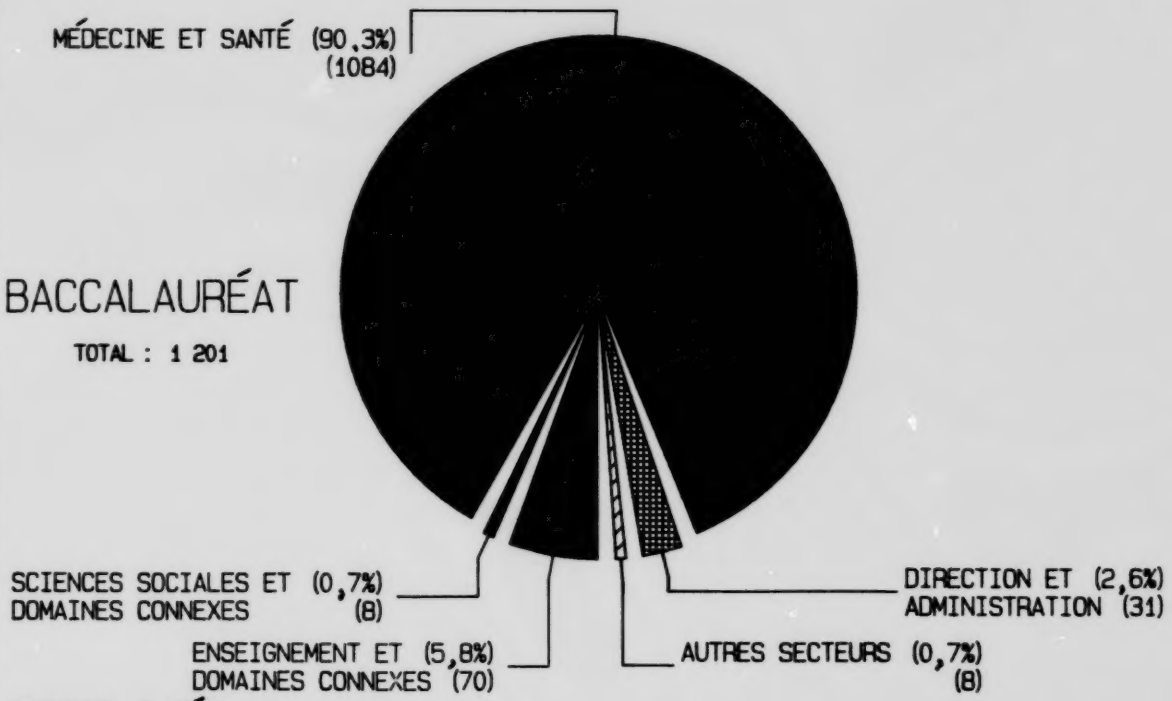
Profession et année	Diplôme d'études collégiales		Baccalauréat	
	Nombre	%	Nombre	%
Diplômés de 1976				
Gestion, administration et emplois connexes	43	1,3	31	3,2
Sciences sociales et emplois connexes	5	0,2	0	0,0
Médecine et santé	29	0,9	29	3,0
Autres	9	0,3	2	0,2
Sciences sociales et emplois connexes	9	0,3	0	0,0
Travailleurs sociaux	0	0,0	0	0,0
Autres	9	0,3	0	0,0
Enseignement et emplois connexes	14	0,4	0	0,0
Médecine et santé	3 033	93,8	63	6,6
Superviseurs en soins infirmiers	48	1,5	841	88,2
Infirmier(ère)s - non superviseurs	2 895	89,6	21	2,2
Autres	90	2,8	812	85,1
Autres	133	4,1	8	0,8
Total	3 232	100,0	19	2,0
			954	100,0
Diplômés de 1982				
Gestion, administration et emplois connexes	14	0,3	31	2,6
Sciences sociales et emplois connexes	0	0,0	0	0,0
Médecine et santé	8	0,2	14	1,2
Autres	6	0,1	17	1,4
Sciences sociales et emplois connexes	16	0,4	8	0,7
Travailleurs sociaux	14	0,3	3	0,2
Autres	2	--	5	0,4
Enseignement et emplois connexes	7	0,2	70	5,8
Médecine et santé	3 965	97,3	1 084	90,3
Superviseurs en soins infirmiers	18	0,4	44	3,7
Infirmier(ère)s - non superviseurs	3 686	90,5	1 009	84,0
Autres	261	6,4	31	2,6
Autres	71	1,7	8	0,7
Total	4 073	100,0	1 201	100,0

1. Les établissements d'études postsecondaires du Québec ne font pas partie de la version de 1978 de la présente enquête (diplômés de 1976). À des fins de comparaison, les données relatives à cette province ont donc été retirées des totaux pour l'ensemble du Canada pour l'année 1984 (diplômés de 1982).

Source : S.P.P.C. - Données de l'Enquête nationale auprès des diplômés.

DIPLÔMÉS DES PROGRAMMES DE BASE EN SCIENCES INFIRMIÈRES AYANT UN EMPLOI DEUX ANNÉES APRES L'OBTENTION DU DIPLÔME, PAR GENRE DE PROGRAMME - PROPORTION EN POURCENTAGE PAR SECTEUR D'EMPLOI CANADA (*), DIPLÔMÉS DE 1982





*EXCLUANT LE QUÉBEC

Tableau 2.3

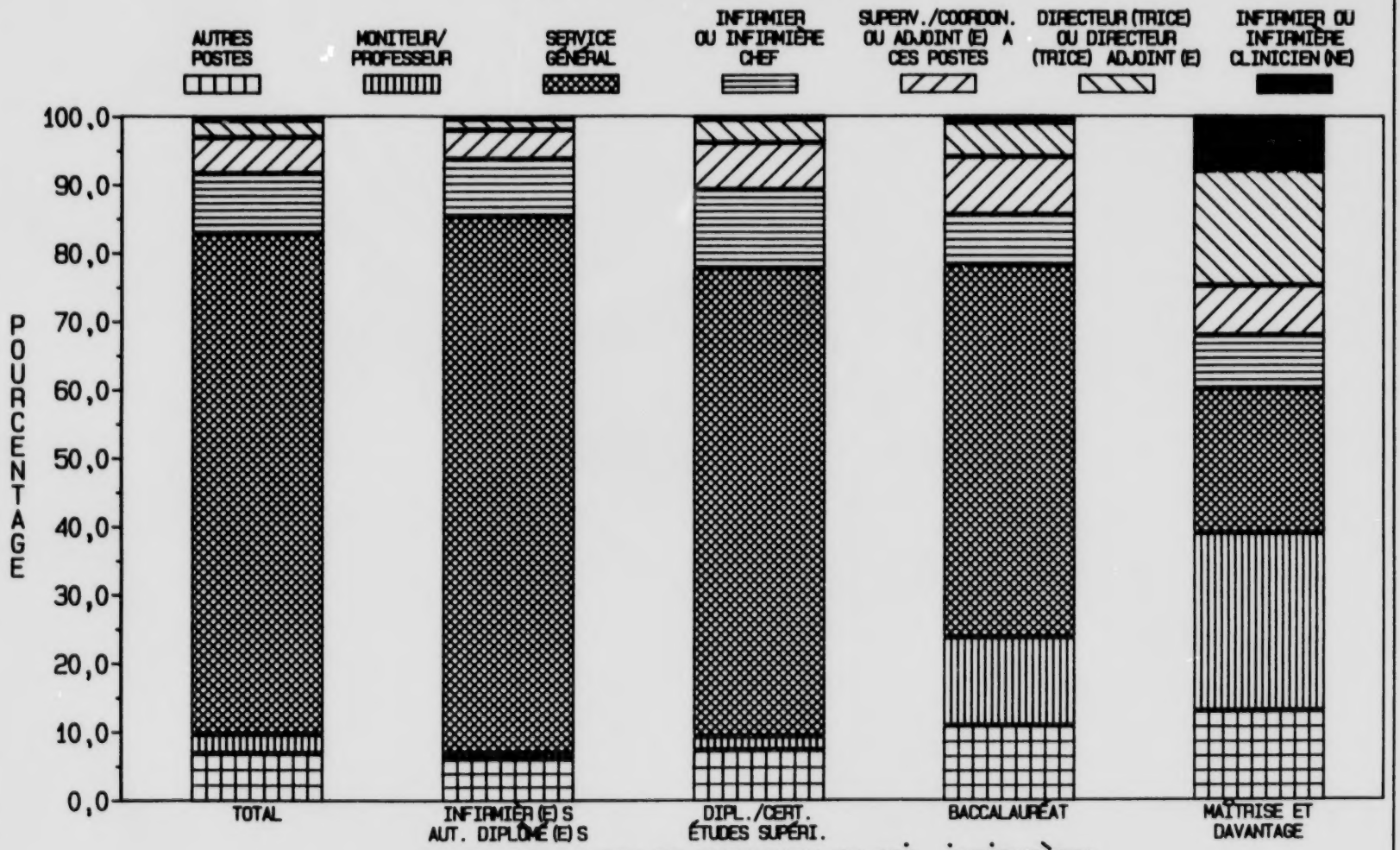
PERSONNEL INFIRMIER AUTORISÉ TRAVAILLANT EN SCIENCES INFIRMIÈRES SELON LE PLUS HAUT NIVEAU DE FORMATION EN SCIENCES INFIRMIÈRES, ET RÉPARTITION NUMÉRIQUE ET EN POURCENTAGE SELON LE POSTE, CANADA, 1980 ET 1986

Poste et année	Total[2]		Diplôme d'infirmier(ère)		Diplôme sup. à la formation de base		Baccalauréat		Maîtrise ou davantage	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1980										
Total[2]	144 978	100,0	96 832	100,0	33 131	100,0	14 040	100,0	975	100,0
Directeur(trice), directeur(trice) adjointe(e)	3 728	2,6	1 882	1,9	955	2,9	731	5,2	160	16,4
Surveillant(e) - coordonnateur(trice), surveillant(e)/coordonnateur(trice) adjoint(e)	7 513	5,2	4 474	4,6	1 803	5,4	1 164	8,3	72	7,4
Clinicien(ne) spécialisé(e)	2 518	1,7	1 865	1,9	436	1,3	167	1,2	50	5,1
Infirmier(ère) chef	15 625	10,8	11 197	11,6	3 318	10,0	1 070	7,6	40	4,1
Infirmier(ère) de service général	101 622	70,1	70 070	72,4	23 943	72,3	7 477	53,3	132	13,5
Instructeur(trice)/professeur(e)	4 305	3,0	1 047	1,1	637	1,9	2 215	15,8	406	41,6
Autres	9 667	6,7	6 297	6,5	2 039	6,2	1 216	8,7	115	11,8
1986										
Total[2]	197 795	100,0	135 881	100,0	36 613	100,0	23 521	100,0	1 780	100,0
Directeur(trice), directeur(trice) adjoint(e)	4 764	2,4	2 065	1,5	1 235	3,4	1 167	5,0	297	16,7
Surveillant(e) - coordonnateur(trice), surveillant(e)/coordonnateur(trice) adjoint(e)	10 374	5,2	5 716	4,2	2 566	7,0	1 962	8,3	130	7,3
Clinicien(ne) spécialisé(e)	1 181	0,6	565	0,4	208	0,6	261	1,1	147	8,3
Infirmier(ère) chef	15 964	8,1	10 476	7,7	3 733	10,2	1 616	6,9	139	7,8
Infirmier(ère) de service général	146 842	74,2	108 007	79,5	25 411	69,4	13 046	55,5	378	21,2
Instructeur(trice)/professeur(e)	5 274	2,7	1 190	0,9	725	2,0	2 897	12,3	462	26,0
Autres	13 396	6,8	7 862	5,8	2 735	7,5	2 572	10,9	227	12,8

1. À l'exclusion du Yukon.
2. Ces chiffres sont calculés uniquement à partir des données fournies par les répondants à l'enquête qui ont précisé leur plus haut niveau d'études en sciences infirmières ainsi que leur poste. Les personnes qui n'ont pas répondu à cette question ont été exclues du total qui a servi à obtenir ces résultats.

Source : Statistique Canada, Division de la santé, Section de la statistique sur la main-d'oeuvre sanitaire, Série révisée de données sur les infirmiers(ères) autorisé(e)s (1980) et Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction (1986), Ottawa (Ontario).

INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS EXERÇANT LEUR PROFESSION SELON LE PLUS HAUT NIVEAU EN SCIENCES INFIRMIÈRES ET SELON LE POSTE, CANADA, 1986



STATS. CANADA

Bien qu'on dispose de peu d'information sur les préférences des employeurs d'infirmiers autorisés quant aux titres de compétences, une enquête menée en 1980 par l'Alberta Hospital Association fait état de pratiques d'embauchage qui sont sous-jacentes aux répartitions figurant aux tableaux 2.2 et 2.3. Seulement un pour cent des administrateurs d'hôpitaux et de maisons de soins infirmiers ayant répondu ont indiqué qu'un baccalauréat leur paraissait essentiel à l'exercice de la profession d'infirmiers. Cependant, plus le poste était élevé plus cette proportion augmentait. En ce qui concerne les postes d'infirmières-chefs, 34 pour cent des répondants ont mentionné qu'ils jugeaient le baccalauréat nécessaire, et en ce qui concerne le poste de directrice ou de directeur des soins infirmiers, 60 pour cent des répondants ont précisé qu'un baccalauréat ou une formation plus poussée était indispensable[29]. Rien n'indique si les mêmes employeurs préfèrent embaucher du personnel possédant des diplômes de niveau supérieur ni si des personnes ne satisfaisant pas à de telles exigences seraient recrutées à défaut de trouver le candidat idéal.

La courbe de la demande ainsi décrite peut avoir une incidence marquée sur l'offre d'infirmier(ère)s. Lorsque les candidats possibles aux divers programmes de formation en sciences infirmières constateront les possibilités d'emploi inégales offertes par chacun, ils privilégieront ceux qui sont les plus avantageux à long terme et sur le plan de la carrière. D'ailleurs, si l'on en juge par les tendances actuelles, la demande de diplômés de niveau du baccalauréat subira une forte hausse relative, et les besoins en personnel détenant des diplômes de niveau supérieur à la formation de base en sciences infirmières augmenteront.

En 1982[30], à cause de la complexité accrue des fonctions du personnel infirmier et par souci de professionnalisme, le conseil d'administration de l'AiiC a recommandé à l'unanimité que, d'ici l'an 2000, l'exercice de la profession soit assujetti à l'obtention d'un diplôme de baccalauréat comme exigence de base. Présentement, la majorité des organismes provinciaux affiliés ont endossé cette proposition, bien que les législateurs gouvernementaux et certains syndicats d'infirmières et infirmiers n'aient pas donné leur appui. Parmi les points qui préoccupent ces derniers, notons le statut, la sécurité d'emploi et les possibilités professionnelles des

infirmières et infirmiers diplômé(e)s qui pratiquent actuellement, de même que les possibilités de recyclage. Les gouvernements provinciaux font état des coûts que pourraît entraîner la mise en oeuvre d'une telle initiative et soulignent qu'il n'est pas évident que l'on doive avoir recours exclusivement à un personnel infirmier muni d'un baccalauréat (faisant ressortir, d'une part, le fait que certains secteurs puissent recourir à des infirmiers et infirmières ayant obtenu un baccalauréat en sciences infirmières et, d'autre part, que les infirmiers et infirmières de service général jouent un rôle important dans la prestation des soins de la santé).

Si cette tendance à exiger des études plus poussées se maintient d'elle même ou par la voie législative, elle pourrait avoir des répercussions importantes pour le personnel infirmier, les administrateurs de soins infirmiers et les planificateurs de soins de santé. Un prolongement de la période de formation de un à trois ans restreindrait la capacité d'adaptation du marché du travail dans les moments de déséquilibre en retardant l'arrivée de nouveaux entrants.

Les données relatives au revenu selon le niveau de formation sont limitées aux moyennes des diplômés de programmes de base deux ans après leur arrivée sur le marché du travail. En 1984, la rémunération annuelle moyenne des diplômés de 1982 d'écoles de sciences infirmières au niveau collégial travaillant à plein temps s'élevait à 24 053 $, soit 29 pour cent de plus que la moyenne des diplômés de l'ensemble des études collégiales. Les diplômés de programmes de baccalauréat ont gagné en moyenne 27 023 $ par année, c'est-à-dire 14 pour cent de plus que l'ensemble des diplômés de programmes universitaires de premier cycle[31]. La différence de salaire entre les diplômés des divers niveaux de formation est minime. Selon les renseignements en provenance des États-Unis, les employeurs hospitaliers américains accordent une faible prime aux détenteurs de baccalauréat[32]. Rien ne permet de conclure que la situation est différente sur le marché du travail canadien, ce qui laisse supposer qu'une grande partie de l'écart de salaire observé est attribuable aux divergences déjà mentionnées sur le plan professionnel.

2.1.5 Postes et changement de la nature fonctionnelle de la demande en personnel infirmier

Comme on le démontre au tableau 2.4, une proportion sans cesse croissante d'infirmier(ère)s sont affectés aux services généraux alors que celle des postes de surveillance et d'enseignement reste assez stable. Les baisses relatives ont généralement été limitées aux infirmiers et infirmières cliniciens et aux postes de chef. Le lecteur remarquera que la diminution relative de l'emploi des cliniciens correspond à une réduction réelle du nombre d'infirmier(ère)s occupant de tels postes. Il est difficile de déterminer dans quelles mesure cette diminution est associée à une baisse réelle des possibilités d'emploi dans ce secteur en raison du manque d'uniformité reconnu pour ce qui est de ce genre de poste.

Les changements les plus importants que subissent à l'heure actuelle le rôle et les fonctions du personnel infirmier ne peuvent être mesurés à l'aide des données disponibles. Néanmoins, ils ont des répercussions considérables sur l'ampleur de la demande et la diversité des aptitudes exigées. On a expliqué antérieurement que certains de ces changements avaient une influence sur le cadre de travail dans lequel s'est traditionnellement exercé la profession. D'autres variations sont en outre signalées dans les préférences des employeurs quant à l'embauchage, la réglementation de la profession et le degré de spécialisation.

Les faibles différences de salaire*, la nécessité de superviser les soins infirmiers et la complexité accrue des techniques ont incité les hôpitaux à limiter sinon à interrompre le recrutement d'aides-infirmier(ère)s de façon à accroître le niveau relatif d'emploi des infirmier(ère)s autorisé(e)s. Dans certaines provinces l'existence même de cette catégorie de soins

---

* En 1984, le rémunération des infirmier(ère)s auxiliaires autorisé(e)s du Manitoba s'élevait, en moyenne, à 80 pour cent de celui des infirmier(ère)s autorisé(e)s[33], ce qui représente une différence à peine plus grande qu'en Colombie-Britannique en 1982[34]. D'après l'analyse des écarts des salaires initiaux prévus par les conventions collectives, ce phénomène est généralisé au Canada[35].

Tableau 2.4

RÉPARTITION[1] EN POURCENTAGE SELON LE POSTE DES INFIRMIER(ÈRE)S AUTORISÉ(E)S EXERÇANT LEUR PROFESSION, CANADA[2], 1979 À 1986

Année	Total	Directeur/ Directice, Directeur/ Directrice adjoint(e)	Surveillant(e)/ coord.(trice), Surveillant(e) Coord.(trice)- adjoint(e)	Infirmier(ère) clinicien(ne)	Infirmier (ère)-chef	Infirmier(ère) -service général	Moni- teur/ trice	Autres
	(#)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1979	148 827	2,6	5,2	1,8	11,4	69,4	3,0	6,6
1980	155 178	2,6	5,2	1,8	11,0	69,8	2,9	6,7
1981	161 070	2,5	5,4	1,3	11,2	71,3	2,8	5,4
1982	164 086	2,5	5,4	1,0	10,5	72,1	2,9	5,7
1983[3]	176 623	2,6	5,3	0,8	10,2	73,3	2,9	4,9
1984[3]	187 918	2,6	5,3	0,6	8,5	73,9	2,8	6,2
1985	194 361	2,5	5,3	0,6	8,8	73,2	2,8	6,7
1986	204 579	2,4	5,2	0,6	8,1	74,2	2,7	6,8

Nota : Ces statistiques se fondent sur des données fournies à Statistique Canada par des associations provinciales d'infirmières et d'infirmiers; elles ont été recueillies par les associations auprès des infirmiers et infirmières au cours des quatre premiers mois du processus annuel d'autorisation. Ces statistiques ne portent pas sur tout le personnel infirmier puisque ce ne sont pas toutes les provinces qui appliquent une loi sur l'autorisation obligatoire.

1. Ces pourcentages sont calculés uniquement à partir des données fournies par les répondants à l'enquête qui ont précisé leur plus haut niveau d'études en sciences infirmières. Les personnes qui n'ont pas répondu à cette question ont été exclues du total qui a servi à obtenir ces résultats.
2. À l'exclusion du Yukon.
3. Aucune donnée provenant de l'Association of Registered Nurses of Newfoundland n'était disponible en 1984. Les données de 1983 ont donc été reprises afin de calculer le total de 1984 pour le Canada.

Source : Statistique Canada, Division de la Santé, Section de la statistique de la main-d'oeuvre sanitaire, Série révisée de données sur les infirmiers(ères) autorisé(e)s (1979 à 1985) et Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction (1986), Ottawa (Ontario).

infirmiers est remise en question bien que selon des mémoires présentés au Manitoba Nursing Review Committee, dans la plupart des cas, le tandem infirmier(ère)/aide-infirmier(ère) est plus rentable qu'un(e) infirmier(ère) seul(e)[36].

D'après le tableau 2.5, la proportion d'heures fournies par les infirmier(ère)s diplômé(e)s par rapport à celles des aides-infirmier(ère)s et auxiliaires a très peu augmenté au Canada au cours des dernières années dans les hôpitaux du secteur public. Ce phénomène est le résultat de l'augmentation sans cesse croissante du taux d'utilisation des services du personnel infirmier diplômé et de la baisse récente du nombre d'heures de travail rémunéré des aides-infirmier(ère)s et des auxiliaires, et a une incidence sur le nombre total de personnes employées. Les hôpitaux du secteur public représentent environ 85 pour cent de tous les hôpitaux canadiens et 96 pour cent des lits pour lesquels du personnel est engagé[37]. La variation des tendances de l'emploi dans ces établissements peut influer fortement sur le marché du travail dans son ensemble.

Alors que certaines variations peuvent être causées par le nombre insuffisant d'aides-infirmiers, la plus grande partie de l'augmentation du taux d'utilisation de la main-d'oeuvre infirmière est due à un changement de préférences des employeurs en matière de recrutement. En 1980, on a demandé aux administrateurs d'hôpitaux et de foyers pour personnes âgées d'expliquer pourquoi le nombre de postes d'infirmiers autorisés avait augmenté comparativement au nombre d'aides-infirmiers, et nombre d'entre eux ont répondu que les services du personnel infirmier étaient plus économiques et les soins aux patients exigeaient les compétences et les aptitudes que possède cette catégorie de main-d'oeuvre[38]. Dans les cas où le nombre de postes d'aides-infirmiers autorisés avait augmenté en comparaison des postes d'infirmier(ère)s, on a principalement invoqué une pénurie de personnel infirmier. Cela laisse supposer que la tendance à recruter davantage d'infirmiers autorisés aurait pu être plus forte si la main-d'oeuvre avait été plus abondante.

Un secteur connexe de changement est l'attribution actuelle et proposée de certaines fonctions réservées aux médecins-praticiens. La relation

Tableau 2.5

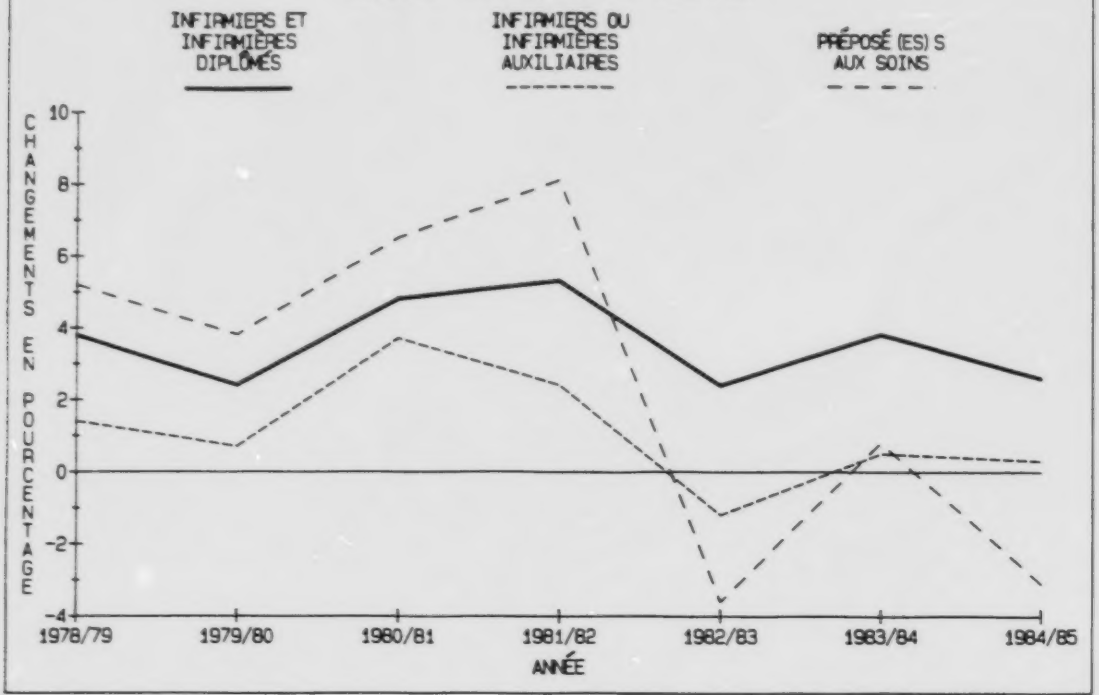
PERSONNEL INFIRMIER TRAVAILLANT DANS DES HÔPITAUX PUBLICS
SELON LE NIVEAU DU POSTE COMPTE TENU DE L'EMPLOI À PLEIN TEMPS ET
À TEMPS PARTIEL AINSI QUE DE L'EMPLOI TOTAL À LA FIN DE LA PÉRIODE VISÉE ET
DU TOTAL D'HEURES RÉMUNÉRÉES ACCUMULÉES DURANT CETTE ANNÉE AU CANADA DE 1977/1978 À 1984/1985

Poste et mesure de l'emploi	1977/78	1978/79	1979/80	1980/81	1981/82	1982/83	1983/84	1984/85
Infirmier(ère)s diplômé(e)s								
Personnel employé à la fin de la période								
Plein temps	71 104	72 508	73 812	75 314	77 301	78 096	79 305	79 347
Temps partiel	27 322	29 662	30 781	34 281	38 079	40 083	43 377	46 572
Total	98 426	102 170	104 593	109 595	115 380	118 179	122 682	125 919
Heures de travail accumulées	167 480	169 251	175 034	186 077	192 360	196 187	204 811	211 597
Infirmier(ère)s auxiliaires								
Personnel employé à la fin de la période								
Plein temps	28 190	27 573	27 820	27 931	27 859	26 587	25 878	25 536
Temps partiel	9 743	10 895	10 921	12 250	13 284	14 076	14 970	15 416
Total	37 933	38 468	38 741	40 181	41 143	40 663	40 848	40 952
Heures de travail accumulées	65 778	66 075	67 542	70 729	71 001	68 717	68 248	68 561
Préposé(e)s aux soins								
Personnel employé à la fin de la période								
Plein temps	11 939	12 289	12 899	13 593	14 056	13 292	12 900	12 485
Temps partiel	3 707	4 175	4 191	4 610	5 617	5 680	6 218	6 041
Total	15 646	16 464	17 090	18 203	19 673	18 972	19 118	18 526
Heures de travail accumulées	28 600	29 454	31 779	34 155	35 215	34 262	33 587	33 205
Mesures comparatives								
Heures des infirmer(ère)s diplômé(e)s pour chaque heure des auxiliaires	2,55	2,56	2,59	2,63	2,71	2,86	3,00	3,09
Heures des infirmier(ère)s diplômé(e)s pour chaque heure des préposé(e)s aux soins	5,86	5,75	5,51	5,45	5,46	5,73	6,10	6,37

Nota : La période visée est celle du 1er avril au 31 mars.

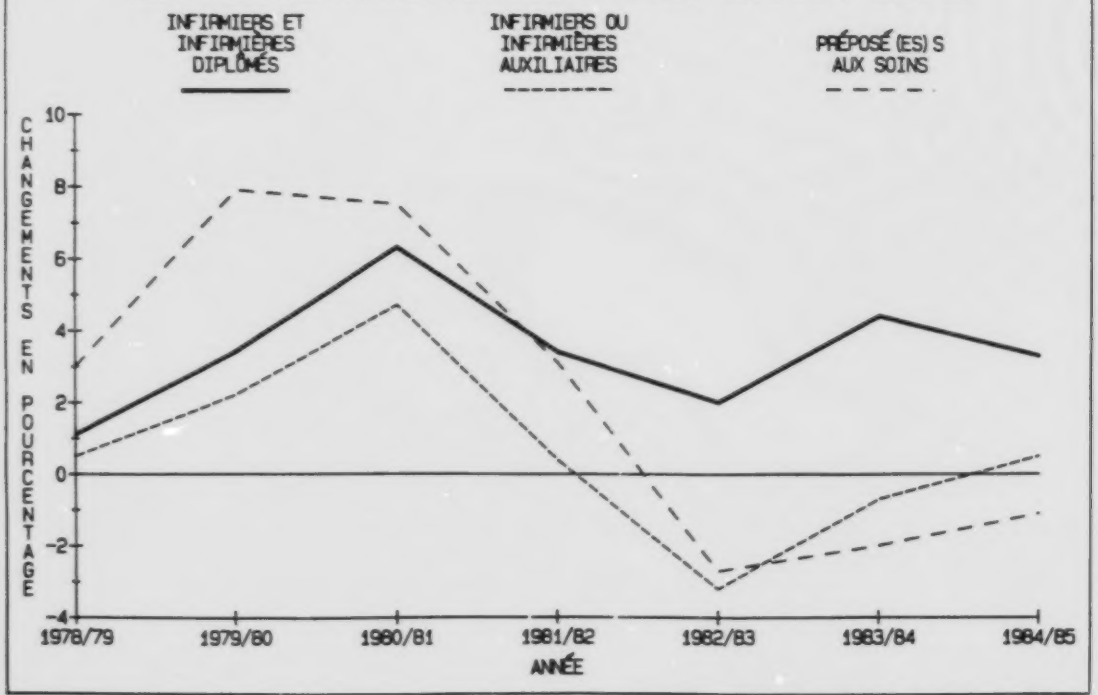
Source : Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada, Rapport annuel des établissements de santé - hôpitaux - partie un; non publiée.

PERSONNEL INFIRMIER EMPLOYÉ DANS DES HÔPITAUX PUBLICS PAR NIVEAU DE COMPÉTENCE EN SCIENCES INFIRMIÈRES - POURCENTAGE ANNUEL AU CANADA, DE 1978/79 À 1984/85



STATISTIQUE CANADA ET SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

PERSONNEL INFIRMIER EMPLOYÉ DANS DES HÔPITAUX PUBLICS, SELON LE NIVEAU DE COMPÉTENCE - CHANGEMENT ANNUEL EN % DANS L'ACCUMULATION DES HEURES DE TRAVAIL RÉMUNÉRÉES CANADA, 1978-79 À 1984-85



STATISTIQUE CANADA ET SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

infirmier-médecin est remise en question dans certains domaines, dont il est question ci-après. La manifestation la plus visible d'une telle tendance est le débat actuel concernant les activités de l'infirmier-praticien et de l'accoucheur.

En avril 1972, dans un rapport rédigé à l'intention du ministère de la Santé et du Bien-être social, on a recommandé qu'on prépare les infirmiers et infirmières aux nouvelles tâches qui leurs sont confiées en ce qui a trait aux soins primaires de santé dans le cadre des programmes de formation de base[39]. Ce rôle élargi serait celui de l'infirmier-praticien auquel on propose d'ajouter les premiers contacts avec les nouveaux patients, l'évaluation de la santé de chacun et la mise en marche du processus de traitement.

Au moment de la préparation du rapport, l'offre de médecins était faible dans tout le Canada, ce qui a incité les autorités du secteur de la santé à envisager la possibilité de recourir à de nouveaux modes d'utilisation des ressources-humaines et de prestation des soins de santé. Depuis lors, l'offre de médecins a augmenté sensiblement compte tenu de la population, et l'on craint même un surplus[40]. Outre ce facteur, certains problèmes juridiques et pratiques ont freiné le processus d'acceptation générale des infirmiers-praticiens. Les tentatives en vue de réduire les dépenses globales du régime de soins de santé au Canada ont relancé le débat et accru les pressions visant à une utilisation plus judicieuse de la main-d'oeuvre en services de santé. D'après certaines études menées au Canada, le recours à des infirmiers-praticiens peut permettre de diminuer, peut-être considérablement, les coûts globaux des soins de santé sans nuire à la qualité des services.

L'exemple des infirmières et infirmiers en régions éloignées peut nous aider à déterminer l'efficacité possible des praticiens. Ils travaillent dans des régions où des médecins ne sont pas toujours présents et fournissent une grande diversité de services de diagnostic, de prévention et de traitement[41], pour lesquels ils demandent les conseils d'un médecin au besoin.

L'issue du débat qui se tient actuellement chez nous en ce qui a trait au rôle et à l'appellation professionnelle des accoucheurs ainsi qu'à la

réglementation connexe pourrait entraîner une nette dissociation face aux méthodes traditionnelles de prestation des soins. Par ailleurs, le sujet soulève les passions chez les tenants et les opposants de cette nouvelle tendance. On se demande, entre autres, si l'exercice de la profession d'accoucheur doit être réservé au personnel infirmier (ce qui ferait augmenter la demande de main-d'oeuvre infirmière) ou si elle doit être limitée à un groupe professionnel ayant sa propre réglementation*.

La demande de services infirmiers augmente au même rythme que l'élargissement du rôle de l'infirmier(ère) dans la prestation des soins. À titre d'exemple, mentionnons la hausse du niveau d'emploi des infirmières et infirmiers autorisés comparativement au personnel auxiliaire et l'attribution de fonctions traditionnellement réservées aux médecins. L'issue du débat concernant le rôle et le statut professionnel des infirmiers-praticiens et des accoucheurs pourrait influer considérablement sur la demande globale de main-d'oeuvre infirmière au Canada en créant et en autorisant des nouvelles attributions au personnel infirmier.

Dans un énoncé de politique émis en 1982, l'AiiC a décrit une façon de mettre sur pied un système d'attestation de la compétence professionnelle des spécialistes en soins infirmiers dans lequel on mentionne la nécessité d'accréditer les connaissances dépassant la formation de base et la nécessité d'assurer la qualité des soins, le contrôle et la responsabilité[42]. À l'heure actuelle, le seul examen d'attestation reconnue à l'échelle nationale est celui donné en vertu de la profession d'infirmiers en hygiène du travail, même si certains infirmiers ont obtenu leur attestation aux États-Unis[43].

La reconnaissance du processus d'attestation est fonction de la tendance vers la spécialisation des services infirmiers. Une conséquence de l'extension des connaissances et de la complexité accrue des techniques, c'est-à-dire l'effet d'une spécialisation accrue sur le fonctionnement du

---

* Des rapports préparés par des groupes de travail ontariens et québécois sur la profession de sage-femme et publiés récemment recommande la mise sur pied de cette alternative, quoique sur une base individuelle, les gouvernements n'ont pas encore fait connaître officiellement leur position relativement à cette question.

marché du travail pour ce qui est du personnel infirmier, pourrait être l'aptitude limitée à établir une correspondance entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre infirmière par le cloisonnement de certains aspects de l'exercice de la profession. En augmentant l'hétérogénéité de la population active, on risque de limiter la polyvalence des compétences et les possibilités de formation en cours d'emploi.

2.1.6 Vieillissement de la population

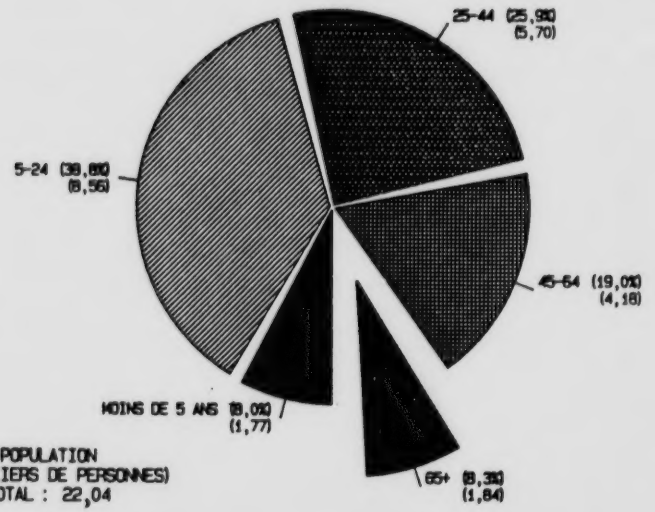
Au cours de l'année 1983-1984, presque 50 pour cent des jours d'hospitalisation sont imputables à 10 pour cent de la population du Canada, âgée de 65 ans et plus. Ce pourcentage correspond à une augmentation marquée comparativement à 1973 alors que le même groupe d'âge, constituant 8 pour cent de la population totale, a utilisé 37 pour cent de l'ensemble des jours d'hospitalisation[44]. Bien que l'utilisation per capita des jours d'hospitalisation a diminué dans tous les groupes d'âge au cours de cette décennie*, cette baisse était beaucoup moins prononcée chez les personnes de 65 ans et plus (6 pour cent) qu'elle ne l'était pour le reste de la population (27 pour cent). En 1983-1984, le nombre moyen de jours d'hospitalisation de 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus s'est établi à 792 270, représentant un taux d'hospitalisation d'environ huit fois et demie supérieur au taux moyen de la population entre 0 et 64 ans.

Plus la population du «baby boom» vieillit, plus la proportion de personnes âgées d'au moins 65 ans continue à augmenter. D'après les prévisions, leur nombre pourrait atteindre 12 pour cent en 1995[45]. Si les tendances actuelles se maintiennent en ce qui a trait à l'hospitalisation et à l'expansion des installations de façon à satisfaire à la demande croissante des besoins, ce groupe utilisera alors 55 pour cent des jours d'hospitalisation. En 1979, Statistique Canada a estimé que, compte tenu du taux actuel d'hospitalisation et des prévisions sur la croissance démographique, en 2022, la demande de lits d'hôpitaux de la population canadienne âgée de 65 ans et plus pourrait égaler le nombre total disponible en 1979[46].

---

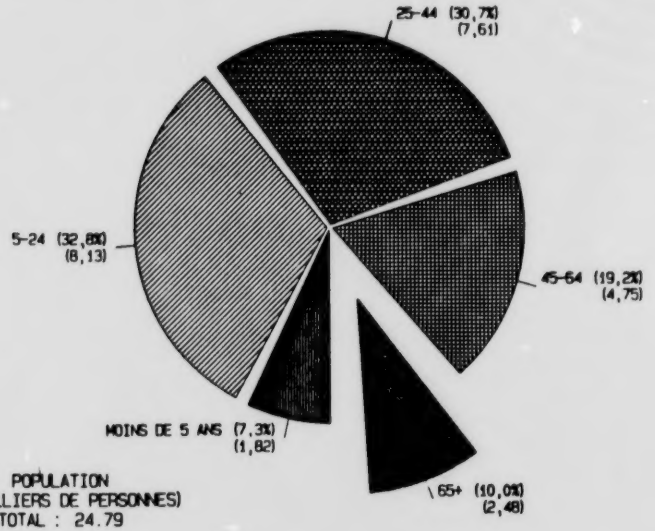
* De fait, en 1983-1984 le nombre total de jours d'hospitalisation était de 2 pour cent inférieur au total de 1973.

RÉPARTITION DE LA POPULATION TOTALE ET DES JOURNÉES D'HOSPITALISATION SELON L'ÂGE AU CANADA EN 1973

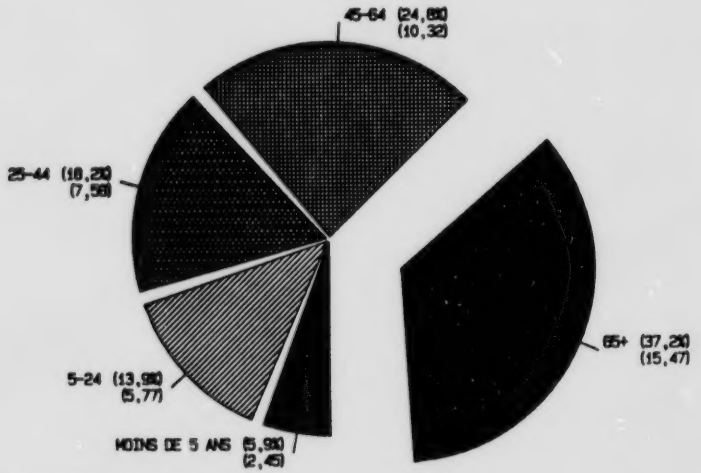


POPULATION
(EN MILLIERS DE PERSONNES)
TOTAL : 22,04

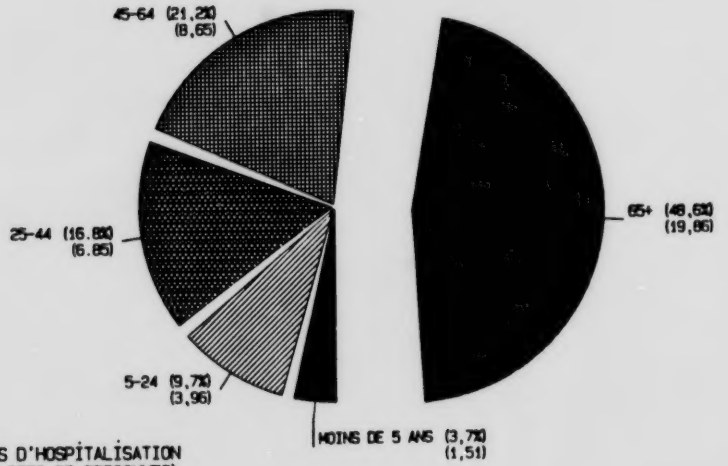
RÉPARTITION DE LA POPULATION TOTALE ET DES JOURNÉES D'HOSPITALISATION SELON L'ÂGE AU CANADA, 1983 À 1984



POPULATION
(EN MILLIERS DE PERSONNES)
TOTAL : 24.79



JOURNÉES D'HOSPITALISATION
(EN MILLIERS DE PERSONNES)
TOTAL : 41,59



JOURNÉES D'HOSPITALISATION
(EN MILLIERS DE PERSONNES)
TOTAL : 40,83

STATS. CANADA

À mesure que le processus de vieillissement se poursuit, les besoins en ce qui a trait au régime de soins de santé et, par ricochet, dans toutes les catégories de personnel en soins de santé augmenteront. L'ampleur réelle de cette augmentation dépendra cependant en partiel de l'évolution du système de prestation des soins au Canada et de l'envergure des services requis. Les données qui nous auraient permis d'établir la relation entre le nombre d'heures de soins infirmiers dispensés et l'âge des patients ne sont pas disponibles. En conséquence, aucune conclusion ne peut être tirée quant à l'effet possible d'une population vieillissante sur les demandes de soins infirmiers.

Le nombre de demandes de soins infirmiers par jour d'hospitalisation peut toutefois être fourni par les hôpitaux sur une base individuelle. En raison du fait que les données[47] disponibles et les témoignages nous portent à conclure que l'on trouve dans les unités de soins à long terme des hôpitaux une sur-représentation de personnes âgées de 65 ans et plus (selon une répartition de la population pour l'ensemble des hôpitaux), on peut conclure des besoins en soins infirmiers dispensés aux patients âgés. Le nombre d'heures de soins infirmiers par jour d'hospitalisation dans les unités de soins à long terme des hôpitaux est de beaucoup inférieur à la moyenne enregistrée dans toutes les autres unités. En 1984-1985, les heures de soins infirmiers rémunérées par jour d'hospitalisation dans les unités de soins à long terme d'hôpitaux publics était de 1,16. La moyenne relative aux unités de soins à court terme était trois fois plus grande, s'établissant à 3,61 heures de soins rémunérés par jour d'hospitalisation. Au cours de cette même année, la durée moyenne d'un séjour dans les unités de soins à long terme d'hôpitaux publics était de 184 jours approximativement, soit de beaucoup supérieure à la moyenne de 9 jours pour les unités de soins à court terme. Bien que les demandes de soins infirmiers par jour d'hospitalisation sont moindres dans les unités de soins à court terme, elles sont supérieures si on en fait le total pour toute la période d'hospitalisation.

La possibilité d'importantes hausses de la demande de services causées par le vieillissement de la population posent de graves problèmes aux planificateurs et aux administrateurs des soins de santé. La demande créée par

la cohorte du «baby boom» est un phénomène temporaire et risque de devenir un piège démographique. Les installations construites en fonction de l'augmentation des besoins, telles que les foyers pour personnes âgées, pourraient très bien être inutiles pour les autres générations[48]. C'est là un argument de poids en faveur de l'élaboration et de la mise sur pied d'autres modes de prestation des soins de santé. Par conséquent, même si le vieillissement de la population canadienne fait croître la demande de services de santé et de praticiens professionnels, en raison de l'incidence même des changements qui s'ensuivront dans la prestation des soins, il est difficile de déterminer quelle sera la nature qualitative et quantitative de ces changements. Il faudrait préciser que la première génération de la cohorte du «baby boom» atteindra ses 65 ans en 2011[49]. Par le fait même, elle pourra prévoir les soins de santé qui lui seront dispensés.

2.1.7 Financement du régime de soins de santé au Canada

Le régime de soins de santé canadien est financé principalement par des fonds publics. De plus, les tentatives faites par les gouvernement fédéral et provinciaux en vue de limiter l'ensemble de leurs dépenses touchant les soins de la santé pourraient avoir une influence sur les modes et les niveaux de dotation. D'autres méthodes de restrictions de coûts englobent la diminution des ressources humaines, les nouveaux modes de prestation des services (tendance à recourir de moins en moins aux soins en établissement) et le recrutement plus rentable de personnel infirmier. Ces deux derniers éléments ont été étudiés en fonction de leur incidence possible sur la demande de personnel infirmier.

L'exemple de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick sert d'argument à la nécessité de limiter les coûts par l'examen d'autres méthodes de prestation de soins. En permettant aux patients de rester chez eux, le coût moyen par jour par patient du service extra-mural de l'hôpital est de 21 $ (1985), ce qui est sensiblement inférieur à la moyenne de 300 $ par patient par jour dans les hôpitaux traditionnels[50]. Bien que les patients du service extra-mural ne soient pas atteints de maladies aussi graves que ceux des établissements, il reste que les patients sont renvoyés à la maison (admis au service extra-mural de l'hôpital) plus tôt maintenant qu'auparavant.

Selon une évaluation conservatrice, l'utilisation des praticien(ne)s à des niveaux considérés sécuritaires et faisables aurait pu faire baisser le coût des soins de santé de 10 à 15 pour cent en 1980. Compte tenu de ces chiffres, on obtiendrait une économie minimale d'environ 300 millions de dollars[51] par rapport aux coûts réels de 3 milliards de dollars pour l'année 1980.

En 1984-1985, la rémunération moyenne du personnel des services infirmiers représentait approximativement 45 pour cent de la rémunération totale dans les hôpitaux publics du Canada et 30 pour cent de toutes les dépenses des hôpitaux[52]. La taille des services infirmiers comparativement à tous les autres services les rend plus sujets aux réductions de personnel. La suppression d'une année-personne en services infirmiers constitue une diminution proportionnellement inférieure par rapport à l'ensemble des services que la même diminution dans un groupe plus restreint[53]. Ce facteur, de même que l'envergure de l'emploi dans les hôpitaux par rapport aux niveaux de la demande d'infirmiers et d'infirmières et la situation du financement versé aux institutions, font en sorte que les planificateurs en ressources humaines et les éducateurs peuvent difficilement prévoir les niveaux futurs de demande d'infirmiers et d'infirmières. Les déséquilibres du marché du travail pour les infirmiers et les infirmières peuvent découler de variables dans le financement en vertu du système de soins de la santé.

2.1.8 État de la demande

La demande de services infirmiers est liée à différents facteurs dont les plus manifestes ont été analysés précédemment. Les conséquences des développements pour ce qui est de la prestation des soins, des techniques et de l'utilisation de la main-d'oeuvre sont souvent disparates et parfois incompatibles, par exemple, les tendances du marché du travail qui font croître la demande globale de personnel infirmier peuvent aussi provoquer une limitation de l'offre.

L'évolution technologique est probablement le facteur le plus important et le plus généralisé qui exerce une action sur le marché du personnel infirmier au Canada. En repoussant les limites des connaissances en sciences

infirmières et en provoquant le développement de nouveaux outils et de nouvelles techniques en soins de santé, les changements technologiques créent une demande d'infirmières et d'infirmiers ayant des compétences plus poussées sur le plan technique dans le domaine des soins infirmiers. Cette situation a favorisé la hausse des exigences en matière de formation de base, ce qui a limité la croissance de l'offre en retardant l'entrée sur le marché du travail et a accentué la prépondérance de la spécialisation et limité ainsi l'adaptabilité du marché du travail en encourageant l'hétérogénéité de la population active.

Parmi les facteurs importants relativement à la demande de personnel infirmier, mentionnons l'évolution des tendances pour ce qui est de la prestation des soins, l'utilisation nouvelle du personnel infirmier et du personnel auxiliaire, l'élargissement des fonctions du personnel infirmier, les questions financières et le vieillissement de la population. Au sens le plus général, les changements déjà apportés ou prévus quant à la nature et au cadre de travail des infirmières et infirmiers permettent de supposer que la forte croissance de la demande enregistrée au cours des cinq dernières années se maintiendra. On ignore toutefois quelle sera l'ampleur de cette croissance ainsi que les compétences particulières qui seront exigées du personnel infirmier.

2.2 Offre de personnel infirmier

Le personnel infirmier est recruté parmi les nouveaux venus sur le marché du travail, issus du système d'enseignement traditionnel, les migrants et le personnel qualifié qui veut faire de nouveau partie de la population active après une période d'absence. Après une brève discussion de portée générale sur la croissance démographique et la composition de la main-d'oeuvre infirmière au Canada, chacune de ces sources sera étudiée.

2.2.1 Bassin de main-d'oeuvre et profil démographique

En 1986, on comptait 237 181[*54] infirmier(ère)s autorisé(e)s au Canada, ce qui représente une augmentation d'environ 16 pour cent par rapport à 1980. Au cours de cette période de six ans, l'ensemble de la population du pays a augmenté de 5 pour cent et la population active de 11 pour cent.

Aujourd'hui, les infirmier(ère)s constituent le groupe professionnel le plus important du Canada. Selon le recensement de 1981, le Canada comptait 197 115 infirmier(ère)s en 1981, dont 97 pour cent occupaient un emploi[55]. Les principaux autres groupes étaient les aides-infirmier(ère)s (85 660), les infirmier(ère)s auxiliaires (44 910) et les médecins et chirurgiens (40 545).

En 1986, la majorité des infirmières et infirmiers canadiens étaient âgés de 39 ans ou moins (57 pour cent), étaient de sexe féminin (97 pour cent) et marié(e)s (72 pour cent). Dans l'ensemble, la population actuelle d'infirmiers et d'infirmières est légèrement plus âgée, sa proportion d'hommes est plus élevée, et elle comprend un plus grand nombre de gens mariées qu'il y a dix ans. Bien que leur nombre absolu soit encore faible, au cours des dernières années, le nombre d'hommes s'est accru à un taux dépassant celui des femmes. La participation accrue de gens mariées est en partie attribuable aux possibilités de travail à temps partiel qui permet de satisfaire à la fois aux besoins familiaux et aux besoins professionnels. D'ailleurs, le travail à temps partiel est plus fréquent chez les employés

---

* Ces séries de données ont été établies à l'aide de données fournies par les infirmier(ère)s durant le processus annuel d'autorisation. Par conséquent, elles comportent toutes les lacune propres à cette méthode de collecte des données (se reporter à l'analyse aux pages 3 et 4). Il convient de signaler que même s'il est obligatoire d'obtenir une autorisation pour pouvoir exercer la profession dans la plupart des provinces, le permis n'est pas accordé uniquement à ces personnes. Tous ceux qui ont les compétences nécessaires et réussissent l'examen peuvent obtenir une telle autorisation bien que leur préférence puisse être l'enseignement, l'administration ou toute autre activité connexe à la profession d'infirmier(ère)s. Ainsi, les relevés de membres font état du nombre de personnes légalement autorisées à exercer la profession, mais n'indiquent pas le nombre de personnes qui veulent l'exercer.

mariés puisque 43 pour cent d'entre eux choisissent cette catégorie d'emploi, comparativement à 17 pour cent dans l'ensemble de la population infirmière[56].

La répartition provinciale des infirmier(ère)s autorisé(e)s est très semblable à celle de la population canadienne. A l'exception des Territoires du Nord-Ouest où on comptait un(e) infirmier(ère) autorisé(e) exerçant sa profession pour 227 habitants en 1986, les moyennes provinciales étaient proches de la moyenne nationale, soit un(e) infirmier(ère) pour 124 habitants, le maximum étant de 135 en Colombie-Britannique et le minimum de 107 en Nouvelle-Écosse[57].

2.2.2 Choix de la profession d'infirmier(ère)

On a souvent laissé entendre que la diversité des carrières maintenant offertes aux femmes avait contribué à réduire la popularité de la profession d'infirmier(ère)s. Les candidats n'acceptent pas de bon gré le travail les week-ends et les équipes d'alternance, les travaux exigeants sur le plan physique et le stress considérable communément associé aux services infirmiers[58], ce qui incite certains candidats à choisir d'autres domaines d'études. Cette théorie est intéressante, mais elle n'est pas confirmée par les statistiques disponibles.

La proportion de Canadiens âgés de 18 à 24 ans qui s'inscrivent à des programmes de formation de base en sciences infirmières a très peu diminué, passant de 9,15 par mille personnes de ce groupe d'âge en 1975, à 9,84 par mille en 1986[59]. En 1979, le taux est baissé à 7,22 par mille habitant et n'a cessé d'augmenter depuis.

Il est intéressant de noter le rapport entre les diplômes obtenus selon le niveau de scolarité à partir des programmes de base en sciences infirmières et ceux de tous les autres domaines d'études post-secondaires. De 1978-1979 à 1984-1985, le proportion de diplômés de programmes professionnels de collèges communautaires (y compris le secteur hospitalier) issus de programmes de base en sciences infirmières seulement est passée de 15 à 11 pour cent. La baisse enregistrée chez les détenteurs de baccalauréat

au cours de la même période a été minime, soit environ 2 pour cent chaque année. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure cette diminution est due à un changement volontaire relativement à la participation à des programmes de base en sciences infirmières. Des facteurs tels que le nombre de postes disponibles dans le secteur de la formation et les possibilités d'expansion de la formation dans tous les programmes de niveau postsecondaire influent sur le taux de participation et le nombre de diplômés décernés. D'après une étude portant sur les travailleurs des services de santé menée à la fin des années soixante-dix dans les quatre provinces de l'Ouest, on a constaté que, dans certains cas, le contingentement des inscriptions aux programmes de sciences infirmières n'a pu être atteint faute de candidats[60]. Selon une étude plus récente menée par l'Ontario Advisory Committee on Nursing Manpower, le nombre actuel de candidats qualifiés inscrits aux programmes de formation en sciences infirmières relevant de sa compétence pourrait soutenir un accroissement des inscriptions[61].

En fait, malgré une augmentation générale du taux de participation à des programmes de sciences infirmières au cours des dernières années, cette augmentation a été inférieure à celle que l'on a enregistrée dans l'ensemble des autres programmes d'études postsecondaires. Du côté des étudiants faisant partie du système, on a constaté une baisse dans les programmes nécessaires pour devenir infirmier(ère)s. D'après les données disponibles, on ne peut déterminer si cette tendance est imputable à des changements volontaires quant au choix de la profession, aux limites existantes en ce qui a trait aux installations de formation, ou à une combinaison des deux.

2.2.3 Formation

Le nombre de diplômés de niveau collégial prédomine chez les membres de la profession infirmière. Au moins 84 pour cent de tous les finissants (6 762 en 1986) de programmes d'enseignement infirmier de base étaient récipiendaires de diplômes. Cette proportion est inférieure à celle de 1976, alors que 90 pour cent des finissants avaient obtenu un diplôme d'études collégiales. La proportion décroissante de récipiendaires de diplômes d'études collégiales coïncide avec une baisse réelle du nombre de

diplômés de ces programmes. Bien qu'ayant baissé à son niveau le plus bas en 1981 et n'ayant cessé d'augmenter depuis, le nombre de diplômés en sciences infirmières était, en 1986, de 25 pour cent inférieur à celui de 1976.

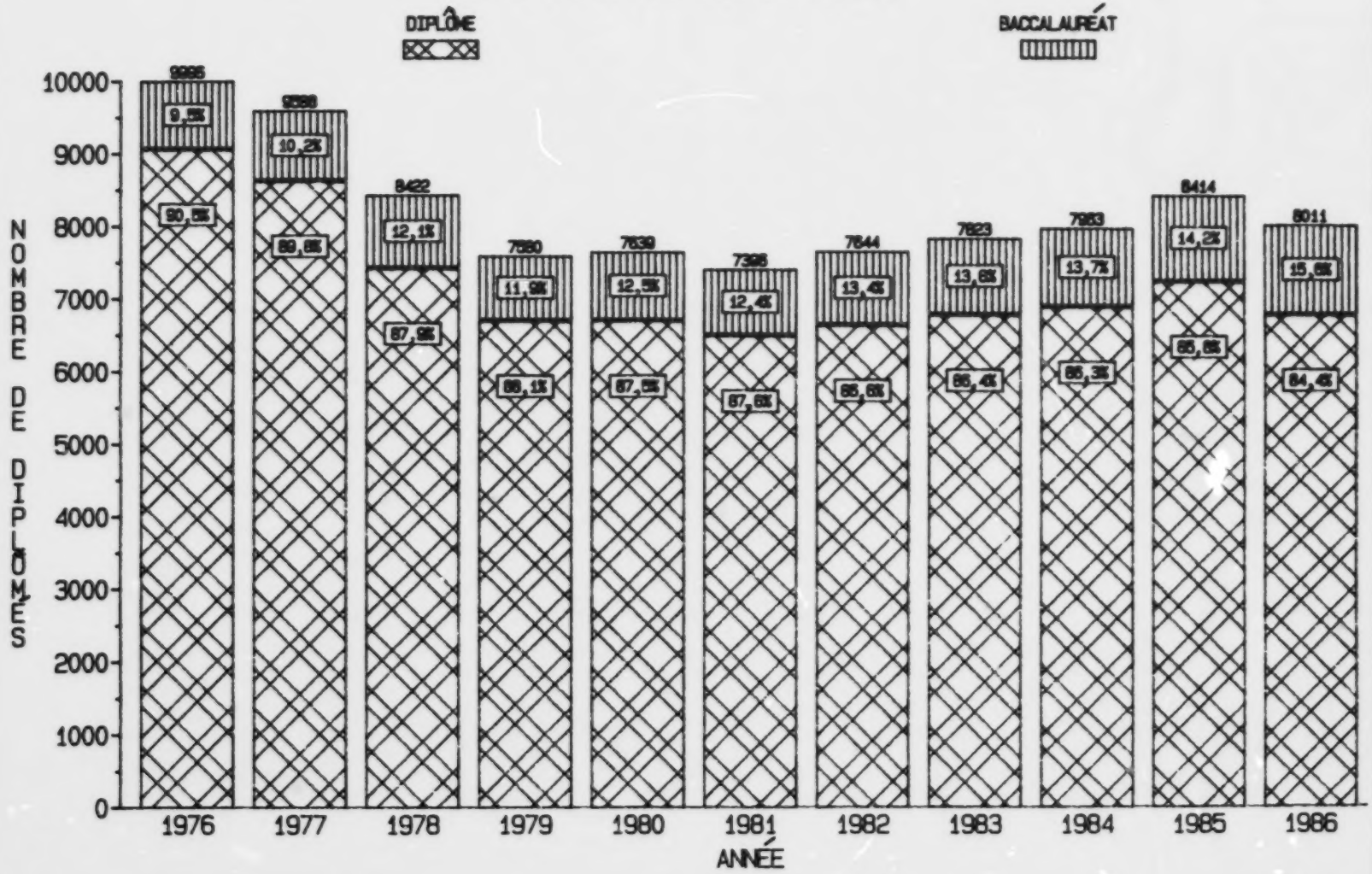
La baisse du nombre de diplômés enregistrée en 1986 serait fonction de la diminution du nombre d'admissions aux programmes du début des quelques dernières années et atteignait, en 1986, son niveau le plus élevé depuis 1976. En conséquence, on peut s'attendre à une augmentation du nombre de diplômés dans un avenir rapproché et en même temps tenir compte du rythme auquel les étudiants abandonnent les cours de base. Bien que les mesures exactes d'une telle variable ne soient pas disponibles, une comparaison des tendances historiques des inscriptions faites et des diplômes décernés porte à croire que la proportion d'étudiants inscrits au programme aux fins d'obtention d'un diplôme a quelque peu diminué au cours des dix dernières années.

Tandis que le nombre de récipiendaires de diplômes en sciences infirmières déclinait entre 1976 et 1986, le nombre de récipiendaires d'un baccalauréat général dans ce domaine s'est accru de 31 pour cent au cours de la même période, atteignant 1 249 au cours de cette dernière année. Après avoir augmenté de manière graduelle depuis dix ans, les niveaux d'inscription ont sensiblement diminué, entre 1985 et 1986.

Résultant des tendances mentionnés plus haut, le nombre de diplômés de programmes d'enseignement infirmier de base s'est accru presque chaque année depuis 1979, bien que le total des diplômés en 1986 était de près de 20 pour cent inférieur à celui de 1976. Malgré la baisse évidente du nombre de diplômés des programmes collégiaux, on n'a pas constaté de hausse correspondante en ce qui concerne les récipiendaires de diplômes universitaires.

Entre 1979 et 1986, le nombre d'infirmières et d'infirmiers qui ont reçu un baccalauréat dans leur domaine d'activité s'est accru de 83 pour cent (voir annexe, tableau A8). Cette hausse dépassait de loin l'augmentation globale du nombre d'infirmier(ère)s au cours de la même période (23 pour cent),

NOMBRE DE DIPLÔMÉS DES PROGRAMMES DE FORMATION DE BASE EN SCIENCES INFIRMIÈRES, PAR GENRE DE PROGRAMME, AU CANADA DE 1976 À 1986

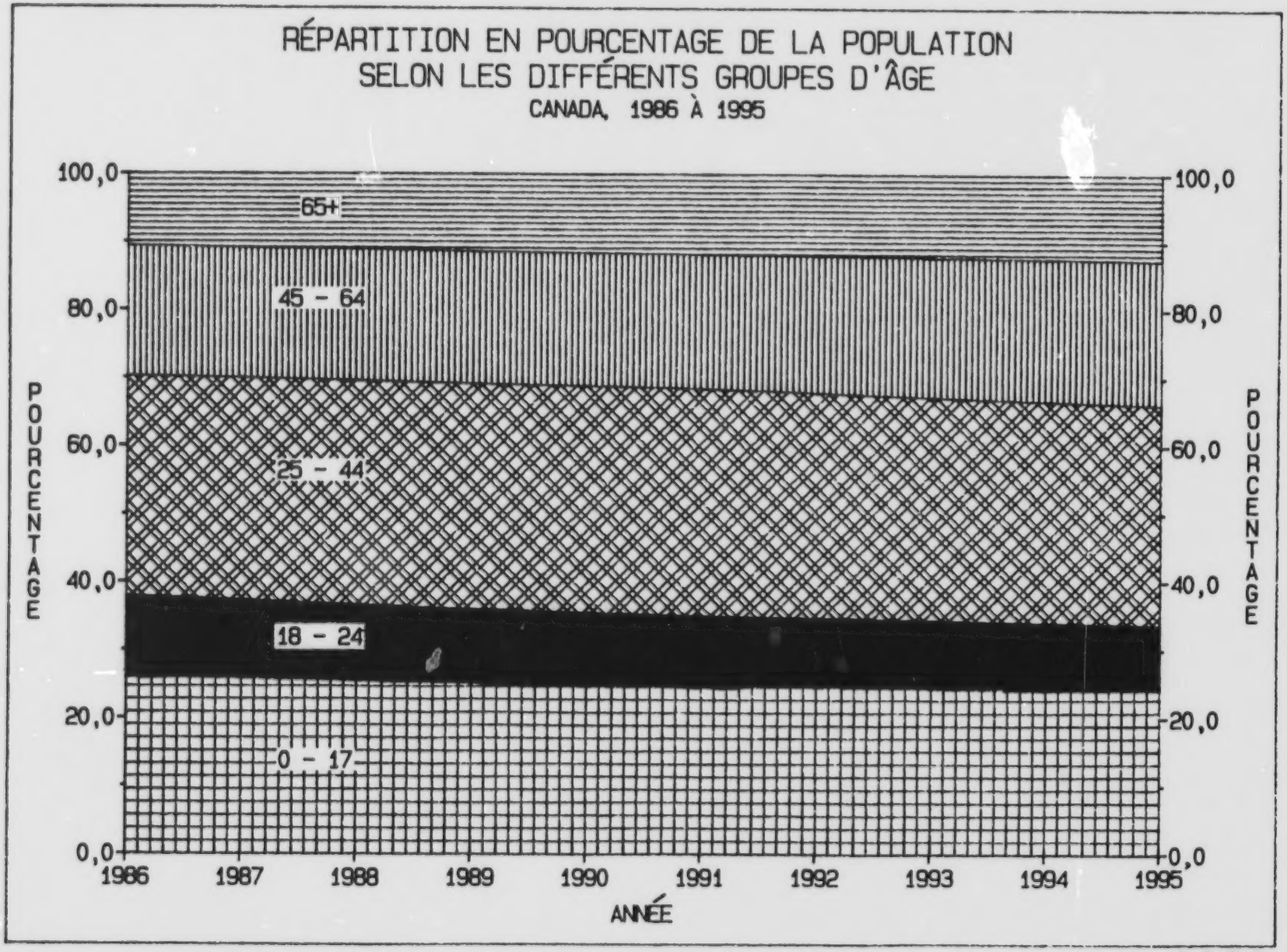


STATS. CANADA

ce qui pourrait signifier que les praticiens sont de plus en plus conscients de l'importance d'une formation universitaire pour l'exercice efficace de cette profession. Cette tendance permet également de penser qu'on connaît et qu'on accepte l'initiative de l'AiiC visant une augmentation statutaire du niveau minimum de formation nécessaire pour pouvoir exercer la profession d'infirmière.

Il est logique de supposer que cette tendance à fixer des normes plus élevées dans le domaine de la formation en sciences infirmières est largement due à la nature changeante de la demande de main-d'oeuvre dans cette sphère d'activité, dont nous avons déjà parlé. Que le catalyseur de cette évolution soit un accroissement des exigences scolaires requises ou l'élargissement de la complexité de l'exercice de la profession, les tendances actuelles laissent entrevoir que ces pressions ne diminueront pas. Le fait que les étudiants en sciences infirmières consacrent plus de temps à leur formation aura un impact sur la capacité d'adaptation du marché du travail dans le domaine des services infirmiers ainsi que sur l'offre générale d'infirmiers et d'infirmières. En effet, les nouveaux venus dans cette profession doivent remettre à plus tard leur participation au marché du travail, c'est-à-dire jusqu'à la fin du prolongement de leur formation.

Un important facteur lié à l'éducation qui peut influer sur l'offre dans l'avenir est le vieillissement de la population canadienne. Au Canada, comme on prévoit que la proportion de la population âgée de 65 ans et plus va augmenter au cours des années à venir (d'où une hausse de la demande de services infirmiers), celle des 18 à 24 ans devrait diminuer; en effet, elle devrait passer de 12 pour cent de la population totale en 1986 à 10 pour cent en 1995[62], soit une baisse nette de 363 500 personnes. C'est de ce groupe d'âge que proviennent les étudiants en sciences infirmières, et puisque leur nombre baisse également, il pourrait en être de même des entrants dans la profession. En fait, les projections de nouveaux entrants sur le marché du travail qui proviennent du système d'éducation officiel, fondées sur les taux d'inscription actuels, la situation de l'emploi chez les derniers diplômés et les projections démographiques, laissent entrevoir que des baisses commenceront en 1989. On étudiera ces projections de façon plus détaillée dans un autre partie de ce rapport.


RÉPARTITION EN POURCENTAGE DE LA POPULATION
SELON LES DIFFÉRENTS GROUPES D'ÂGE
CANADA, 1986 À 1995
100,0
80,0
60,0
40,0
20,0
0,0
65+
45 - 64
25 - 44
18 - 24
0 - 17
POURCENTAGE
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
ANNÉE
S.P.P.C.

Comme il est possible que le nombre de diplômés régresse, cela signifie que les responsables du système d'éducation seront obligés d'accroître le nombre d'admissions afin de maintenir les niveaux actuels de diplômés; par exemple, faudrait il recruter activement des hommes. Le réseau d'éducation est la principale source de nouveaux entrants dans la profession d'infirmière. Dans les sections suivantes, on étudie des moyens qui permettraient d'élargir la prestation des services en prolongeant ou en augmentant la participation au marché du travail des infirmier(ère)s qui ont terminé leur formation de base.

2.2.4 Emploi à temps partiel

Bien que la situation ne soit pas unique à la profession d'infirmière, dans ce groupe, la proportion du personnel à temps partiel a légèrement augmenté au cours des dernières années; elle est passée de 34 pour cent du nombre total, en 1979, à 38 pour cent, en 1983[63] (il s'agit de l'année la plus récente pour laquelle il existe des données comparables). Les données actuelles sur les infirmier(ère)s employé(e)s dans les hôpitaux indiquent que cette tendance se maintient. On constate une augmentation de l'emploi à temps partiel dans chaque province, dans chaque lieu de travail et dans chaque branche de la profession. Les raisons pouvant expliquer cette tendance ne sont pas claires; il s'agit probablement d'une combinaison de plusieurs facteurs dont nous allons discuter ci-après.

L'emploi à temps partiel peut être avantageux à la fois pour l'employeur et pour l'employé. Pour les infirmières, citons notamment les avantages suivants : plus grande souplesse dans les heures de travail; diminution du stress lié au travail et augmentation du temps pouvant être consacré aux responsabilités familiales. Néanmoins, le personnel infirmier à temps partiel ne reçoit pas les mêmes traitements ou les mêmes avantages sociaux que les employés à plein temps. Dans la plupart des cas, les employés à temps partiel n'ont pas droit aux augmentations de salaire, à un régime de retraite ou à l'éducation permanente[64]. L'AiiC et les syndicats d'infirmières et d'infirmiers visent l'obtention des droits aux avantages sociaux pour les travailleurs à temps partiel. En 1983, la Commission fédérale d'enquête sur le travail à temps partiel[65] recommandait l'élargissement des

droits aux avantages sociaux, au prorata, pour comprendre les travailleurs à temps partiel.

Par ailleurs, on a posé comme principe que l'un des catalyseurs qui a provoqué l'augmentation de l'emploi à temps partiel est la nécessité pour les employeurs de réduire les charges d'exploitation. Bien qu'il s'agisse d'un secteur important, le succès des initiatives visant à accroître les avantages sociaux aux employés à temps partiel peut avoir des effets sur les possibilités d'emploi individuelles et les taux de participation. Les répercussions de ce changement dépendront de la mesure dans laquelle le choix de l'emploi à temps partiel est volontaire.

Les heures de travail que choisissent de préférence les infirmier(ère)s exerçant leur profession déterminent la disponibilité réelle des services de soins infirmiers et, inversement, le nombre de praticiens nécessaires pour répondre à la demande globale de soins infirmiers. Selon une étude effectuée en 1980 par l'Alberta Hospital Association, l'infirmier(ère) à temps partiel travaille en moyenne deux jours par semaine[66]. Par conséquent, en moyenne, cinq infirmières ou infirmiers à temps partiel doivent être formé(e)s, autorisé(e)s et disponibles pour travailler afin de fournir les services de deux infirmier(ère)s à plein temps. Comme pour tous les marchés du travail, dans le domaine des services infirmiers, pour atteindre l'équilibre il ne suffit pas, loin de là, d'égaliser le nombre d'infirmières et d'infirmiers disponibles et le nombre d'emplois établis. La prédominance de l'emploi à temps partiel chez le personnel infirmier souligne l'importance d'effectuer une analyse du marché du travail fondée sur des nombres équivalents d'employés à plein temps tenant compte aussi du nombre d'heures de travail.

2.2.5 Attrition et roulement

Plusieurs études récentes ont démontré que si les infirmier(ère)s n'avaient pas la possibilité de choisir l'emploi à temps partiel, l'effectif infirmier pourrait diminuer de façon appréciable. En revanche, on établit un lien entre l'impossibilité pour la main-d'oeuvre infirmière de trouver de l'emploi à temps partiel (associé à d'autres facteurs relatifs à l'emploi) et le nombre

élevé d'infirmier(ère)s qui n'exercent pas leur profession. Citons, parmi d'autre raisons invoquées, les suivantes : l'incapacité de fournir des soins de qualité aux patients (conséquence des restrictions budgétaires et des réductions de personnel), les heures de travail (nécessité de travailler par poste et les fins de semaines), une participation insuffisante au processus de prise de décision et une rémunération qui ne suffit pas à faire contrepoids aux conditions de travail (y compris une faible échelle salariale). «Mis à part les facteurs personnels, tels que la mutation d'un conjoint ou une grossesse, les facteurs liés à l'emploi constituaient les principales raisons qui expliquaient l'attrition et le roulement dans le domaine des services infirmiers»[67].

Globalement, on ne dispose pas d'estimations fiables sur la fréquence avec laquelle les infirmier(ère)s quittent le marché du travail, bien que l'on sache que la vie active moyenne d'un(e) infirmier(ère) est relativement courte[68]. Dans son étude, datant de 1981 et portant sur les quatre provinces de l'Ouest, l'entreprise Peat, Marwick and Partners a supposé que la vie active moyenne des infirmier(ère)s se situait entre 10 et 12 ans; après cela, nous pouvons déduire que le taux d'attrition net équivaut* à 8 ou 10 pour cent[69] par année. Cette hypothèse ne s'appuyait sur aucun chiffre; elle représentait plutôt une approximation raisonnable basée sur des consultations avec des associations professionnelles et des employeurs d'infirmier(ère)s. Il s'agissait d'une supposition fondée sur de l'information.

Ces calculs approximatifs ont été confirmés par les données d'une étude effectuée par la University of British Columbia, d'après une analyse longitudinale de la composition de la Registered Nurses Association of British Columbia. À partir de cette analyse, on a déterminé que le taux d'attrition générale dans cette profession était de 10 pour cent[70]. Ce chiffre tient compte de la probabilité selon laquelle une personne qui détient l'autorisation d'exercer sa profession au début de l'année renonce à ce droit avant la fin de l'année. Si l'on associe ce mouvement à celui des

---

* Expression définie en tant que le mouvement net entre les membres actifs et inactifs, le mouvement net entre les emplois et l'attrition due à des décès ou à des retraites.

membres qui perdent leur autorisation ou à celui des membres inactifs qui deviennent actifs, nous obtenons un roulement net de 5 pour cent par année.

Il faut souligner que ces chiffres tiennent compte des personnes qui quittent la population active des infirmiers et infirmières dans les provinces étudiées pour aller exercer leur profession ailleurs. Les estimations nationales préliminaires des taux d'attrition ont été produites par le personnel qui s'occupe du Système de projections des professions au Canada, à partir de données classées par âge tirées des recensements effectués au Canada en 1971 et 1981. En ce qui concerne le personnel infirmier n'occupant pas des postes de surveillance, qui fournit des soins directs aux patients, ce taux atteint environt 8 pour cent. Compte tenu des méthodes employées, cette valeur est donc une estimation qui se situe dans la limite inférieure par rapport à l'ensemble des valeurs.

Ces chiffres généraux dissimulent d'importantes différences démographiques en ce qui concerne la tendance des infirmier(ère)s à quitter la vie active. Dans l'étude de la Colombie-Britannique, mentionnée plus haut, on a quantifié des tendances distinctes de l'activité du marché du travail selon l'âge; diverses autres études confirment ces résultats. Parmi les groupes qui se préparent à la retraite, la capacité des infirmier(ère)s de continuer de faire partie de la main-d'oeuvre active était la plus faible dans le groupe d'âge des 25 à 29 ans, où la tendance annuelle moyenne d'abandon de la profession se situait à 14 pour cent. Ce chiffre baisse avec chaque génération, pour atteindre un minimum de 6 pour cent chez les infirmier(ères) âgé(e)s de 50 à 54 ans[71]. Si l'on veut examiner la relation entre l'âge et la participation à la profession d'infirmier(ère), il faut tenir compte de la répartition par âge de la main-d'oeuvre infirmière actuelle dans l'analyse des niveaux potentiels de l'offre.

Les tendances observées en ce qui concerne la participation au marché du travail s'expliquent généralement par le fait que de nombreuses infirmières quittent la vie active (ou ne sont disponibles que pour travailler à temps partiel) pendant les années où elles élèvent des enfants. Toutefois, pour expliquer le taux élevé d'attrition chez les jeunes infirmières, on invoque

comme raison les lacunes du système d'éducation qui ne préparent pas suffisamment les étudiants aux difficultés de l'exercice de la profession. L'attrition qui affecte les écoles peut se produire également dans la profession en raison des attentes professionnelles irréalistes et de l'insatisfaction au travail[72].

Les mouvements entre la population inactive et le marché du travail dans le domaine des soins infirmiers ne se font pas nécessairement dans le même sens. Les infirmières qui quittent la vie active si leurs responsabilités familiales pour élever une famille peuvent souhaiter retourner à un emploi à plein temps ou à temps partiel le permettent. Les estimations préliminaires permettent de croire qu'au cours de 1986, environ 9 100[73] personnes ont quitté la maison pour intégrer le marché du travail ou y entrer de nouveau. Ce chiffre représente 5 pour cent du nombre total d'infirmières employées dans le domaine des soins directs aux patients dans tout le Canada, au cours de cette année-là. Comme nous l'avons mentionné lorsqu'il était question des changements technologiques, la capacité de ces personnes de reprendre leur vie active peut être limitée par les changements survenus entre-temps dans le domaine des compétences requises et des techniques de soins infirmiers. Pour faciliter cette transition, des cours de recyclage sont offerts aux infirmières.

Du point de vue de l'offre, la question des infirmier(ère)s qui n'exercent pas leur profession représente une importante inconnue. Selon une étude effectuée en Alberta, les deux tiers des infirmier(ère)s inactif(ve)s qui ont fait l'objet de l'enquête souhaiteraient reprendre l'exercice de leur profession, mais seulement si on peut remédier à certains problèmes. Au moins 42 pour cent de ce total ont déclaré qu'il leur faudrait pouvoir travailler à temps partiel[74]. On ignore actuellement l'ampleur de cette main-d'oeuvre potentielle, bien que certains auteurs soutiennent que les pénuries de main-d'oeuvre infirmière pourraient être éliminées si on pouvait inciter les membres de ce groupe à recommencer leur vie active.

Les raisons données pour expliquer le taux élevé de roulement parmi le personnel infirmier équivalent aux raisons fournies dans le cas du taux élevé d'attrition. Citons notamment comme autre facteur le besoin de

changement (souvent lié à un manque de stimulation), et la facilité avec laquelle on peut obtenir un autre poste d'infirmier(ère).

Les données nationales concernant la rapidité du roulement chez le personnel infirmier porte uniquement sur les établissements de santé. Au Canada, au cours de l'exercice 1977-1978, on a observé dans les hôpitaux du secteur public un taux de roulement de 18 pour cent* parmi le personnel infirmier à plein temps; ce pourcentage augmente légèrement (21 pour cent) si l'on ne tient compte que des infirmier(ère)s diplômé(e)s qui n'occupent pas un poste de surveillance. Au cours des dernières années, ce taux a considérablement baissé pour atteindre 12 pour cent au cours de l'année financière 1984-1985; encore une fois, ce pourcentage est quelque peu plus élevé (13 pour cent) dans le cas des infirmier(ère)s diplômé(e)s qui n'occupent pas un poste de surveillance. On constate une baisse non seulement du nombre de départs, mais également du nombre total des infirmier(ère)s de toutes les catégories; en effet leur nombre est passé de 13 021, au cours de l'exercice 1977-1978, à 9 736, en 1984-1985.

Ces données nationales sont quelque peu inférieures à celles qu'on a calculées dans les diverses études provinciales. Cet écart peut exprimer à la fois une variance nationale réelle et l'emploi de méthodes différentes. Les taux provinciaux de roulement variaient : de 0 à 80 pour cent pour les hôpitaux de la Nouvelle-Écosse, en 1980[75]; de 26 à 33 pour cent pour les hôpitaux et les maisons de repos de l'Alberta, en 1979-1980[76]; de 0 à 32 pour cent environ au Nouveau-Brunswick, en 1980[77].

Le contexte actuel des restrictions budgétaires peut hâter les révisions qui surviendront dans le milieu de travail ou évoluent de nombreuses infirmier(ère)s. Pour les employeurs, l'embauchage de personnel de remplacement coûte cher. Selon les estimations modérées de 1982, le coût combiné

---

* Ces calculs sont basés sur des données non publiées recueillies par Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada dans un enquête annuelle sur les établissements de soins. Le taux de roulement équivaut au nombre total de départs dans les emplois à plein temps au cours de l'année de référence par rapport au nombre moyen d'emplois à plein temps pour cette même année. Le nombre annuel moyen d'emplois a été obtenu en calculant la moyenne du nombre total d'emplois à la fin de l'année pour l'année de référence et l'année précédente.

de la formation sur le tas et de l'orientation se situerait à environ 3 000 $ par nouvel(le) infirmier(ère) embauché(e)[78] (soins généraux). Le taux élevé de roulement actuellement associé à l'emploi dans les hôpitaux représente donc une part importante du budget de fonctionnement. Il est cependant possible de limiter partiellement ces dépenses. Des études récentes confirment l'hypothèse selon laquelle le roulement pourrait être réduit en apportant des modifications précises au travail de l'infirmier(ère). D'après une étude effectuée en Nouvelle-Écosse, en 1981, sur 80 pour cent des intentions de quitter manifestées (un bon indice des départs réels) qui pourraient être expliquées, près de 50 pour cent pourraient être liées à des facteurs sur lesquels les gestionnaires exercent un contrôle[79].

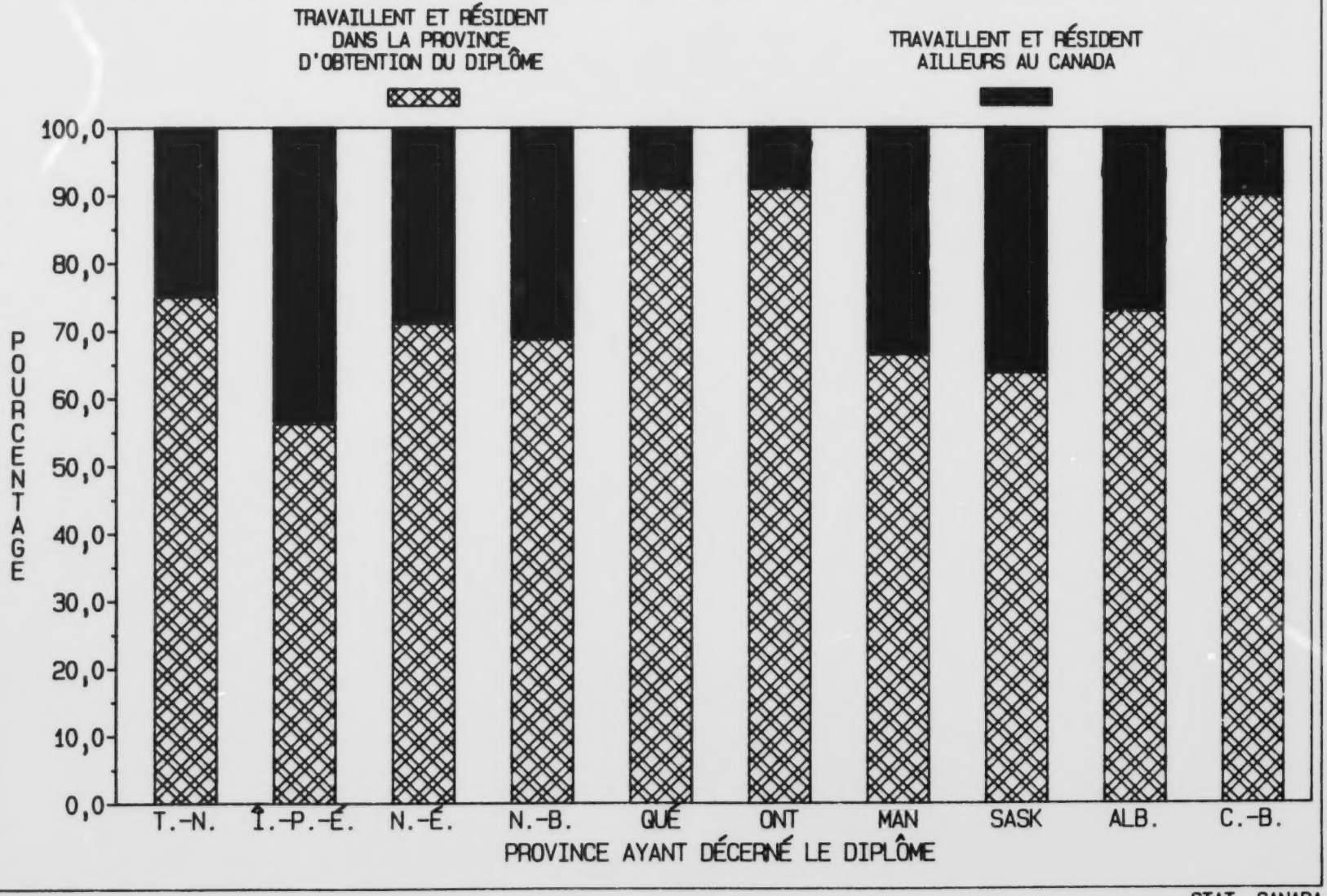
Les principales raisons données par les infirmier(ère)s pour expliquer leur inactivité, notamment les heures de travail, leur mécontentement face au processus de prise de décision et une incapacité à fournir des soins de qualité sont assez similaires à celles qui ont été exprimées dans le cas du taux élevé de roulement. Par conséquent, les changements opérationnels mis en oeuvre pour diminuer le taux de roulement pourraient également avoir des effets sur la participation des infirmier(ère)s au marché du travail; la disponibilité du personnel infirmier s'en trouverait ainsi accrue.

2.2.6 Migration

Lorsqu'on examine les données limitées dont on dispose en ce qui concerne les mouvements de personnel infirmier entre les provinces, on constate des tendances révélatrices. Il s'agit essentiellement de statistiques de flux à long terme qui recoupent des données sur l'endroit où le diplôme a été obtenu et le lieu actuel d'emploi ou de résidence. On ne peut déterminer de façon précise les fluctuations à court terme de la direction et de l'ampleur des flux.

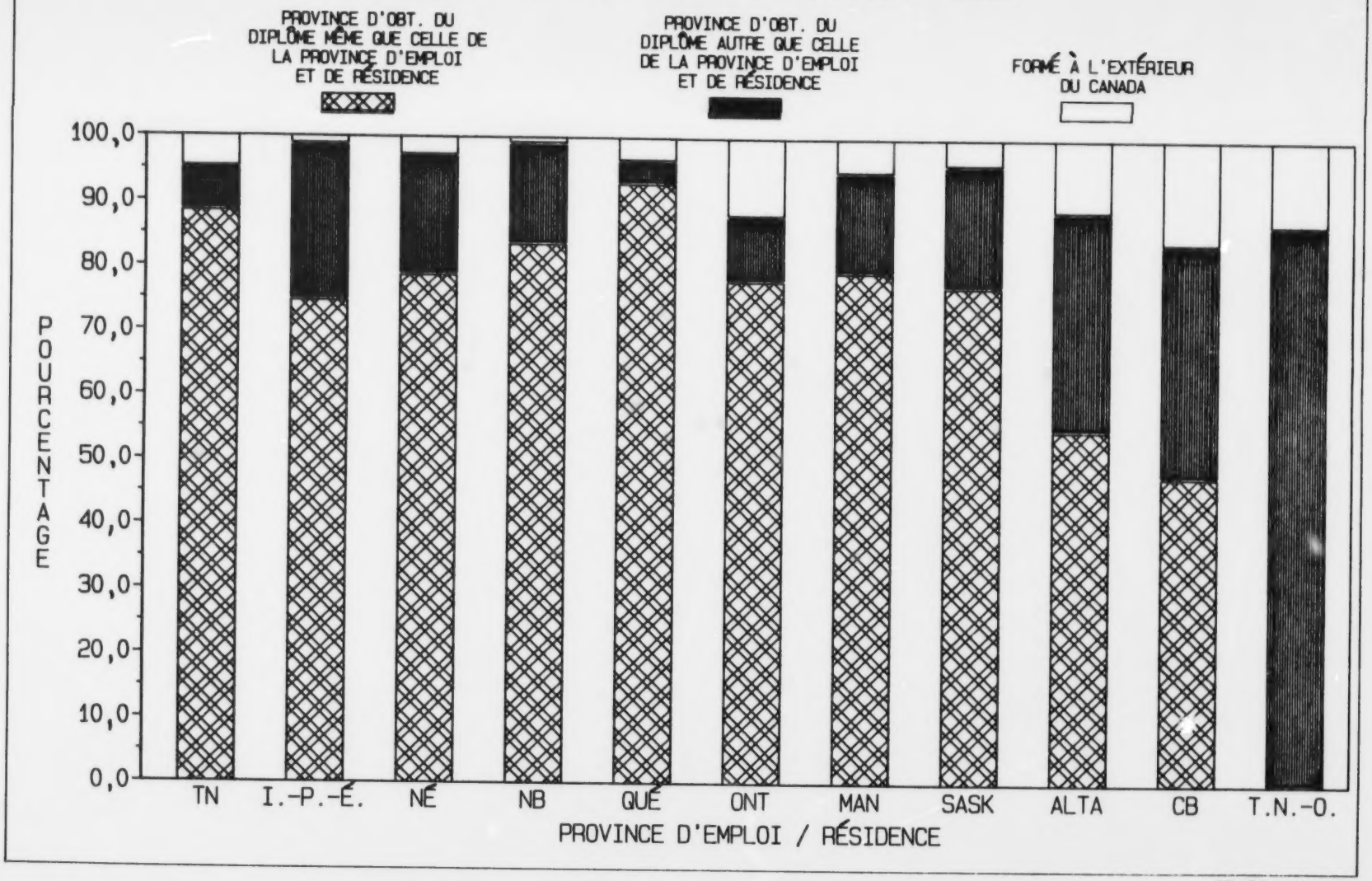
Les provinces de Québec, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique ont retenu environ 90 pour cent des infirmières autorisées formées dans leur système respectif d'éducation (voir l'annexe, tableau A11). Les autres provinces ont obtenu de moins bons résultats; elles s'accaparent d'une grande partie des ressources limitées dans le domaine de la formation. En

INFIRMIER (ÈRE) S AUTORISÉ (E) S, SELON LA PROVINCE D'OBTENTION DU DIPLÔME, DÉPLACEMENTS VERS D'AUTRES PROVINCES, CANADA, 1986



STAT. CANADA

INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS, SELON LA PROVINCE D'EMPLOI/RÉSIDENCE, RÉPARTITION EN POURCENTAGE SELON LE LIEU D'OBTENTION DU DIPLÔME, CANADA, 1986



STATS. CANADA

1986, par exemple, seulement 56 pour cent des infirmier(ère)s canadien-(ne)s qui avaient reçu leur formation initiale dans l'Île-du-Prince-Édouard étaient encore employé(e)s ou résident(e)s de cette province. La Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario sont les seules provinces (à l'exception du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest qui ne disposent d'aucun établissement d'enseignement des sciences infirmières) à employer davantage d'infirmier(ère)s qu'elles n'en forment (voir annexe, tableau A12). Ces provinces sont donc des importatrices nettes de personnel infirmier diplômé.

Le tableau 2.6 fournit les taux de rémunération horaire pour les infirmières autorisées de soins généraux, tels qu'ils figurent dans les principales conventions collectives provinciales et fédérales. Les comparaisons directes entre les provinces sont compliquées par le fait que les périodes d'application des conventions ne sont pas uniformes, les conditions de travail diffèrent et qu'aucun rajustement n'est fait en fonction de l'écart existant entre les province pour ce qui est du coût de la vie. Néanmoins, cette information n'est pas en contradiction avec l'hypothèse selon laquelle les différences de traitement entre les provinces influent sur les migrations. Les salaires horaires les plus faibles sont offerts dans les province de l'Atlantique qui ont toujours connu un grand nombre de sorties de personnel infirmier. En revanche, l'Ontario et l'Alberta qui ont connu des niveaux élevés d'«immigration» d'infirmières offrent des salaires horaires relativement élevés au personnel infirmier qui travaille dans leurs hôpitaux.

Les vastes répercussions des contraintes budgétaires générales pourraient, dans l'avenir, avoir une influence sur la façon dont les provinces conçoivent la formation et le recrutement d'infirmier(ère)s. La formation de ce type de main-d'oeuvre est coûteuse, et le taux élevé de mobilité qu'on a constaté chez les diplômé(e)s pourrait forcer les gouvernements à assortir les possibilités de formation de conditions relatives au lieu de résidence. Cette forme d'intervention gouvernementale se limite actuellement à l'octroi de prêts et bourses d'études; elle sert principalement à promouvoir l'exercice de la profession dans les régions géographiques particulières, ou la formation dans des domaines et spécialités pour lesquels on observe de grave pénuries[80].

Tableau 2.6

TAUX DE RÉMUNÉRATION HORAIRE DES INFIRMIER(ÈRE)S AUTORISÉ(E)S EN SERVICE GÉNÉRAL, CONVENTIONS SIGNÉES DANS LES PRINCIPAUX HÔPITAUX SELON LA PROVINCE, JANVIER 1987

Province/ Région	Taux horaire Minimum (en dollars)	Taux horaire Maximum (en dollars)	Nombre[1] d'échelons	Heures de travail par jour	Date d'entrée en vigueur	Date d'expiration
Échelon Provincial						
T.-N.	11,48	14,66	8	7,5	1 jan./87	30 juin/87
Î.-P.-É.	12,11	14,60	5	7,5	1 avr./87	31 mars/88
N.-É.[2]	12,99	15,37	6	7,5	1 avr./87	31 mars/88
N.-B.	11,39	13,84	5	7,5	1 jul./85	30 juin/86
Qué.*	12,03	16,47	12	7,25	1 jan./87	31 déc./87
Ont.[3,4]	14,94	17,02	8	7,5	1 avr./87	31 mars/87
Man.	12,68	15,77	7	7,75	1 jan./87	31 déc./87
Sask.*	12,94	16,54	7	8,0	1 jan./87	31 déc./87
Alberta	14,25	16,47	6	7,75	1 jan./87	31 déc./87
C.-B.*	12,85	14,85	6	7,5	1 avr./84	31 mars/85
Fédéral[5]						
Provinces de l'Atlantique	12,00	14,30	6	7,5	3 jan./87	30 sep./87
Québec	13,50	16,98	8	7,5	3 jan./87	30 sep./87
Ontario, Yukon, Territoires du Nord-ouest	14,00	16,42	7	7,5	3 jan./87	30 sep./87
Manitoba, Alberta	14,25	16,38	6	7,5	3 jan./87	30 sep./87
Sask.	13,98	15,78	5	7,5	3 jan./87	30 sep./87
C.-B.	14,89	17,36	6	7,5	3 jan./87	30 sep./87

1. Nombre d'échelons salariaux compris entre le salaire minimum et le salaire maximum prévus par la convention.

2. Convention conclue entre l'Halifax Infirmary Hospital et le Nova Scotia Nurses Union.

3. Convention conclue entre l'Ontario Nurses Association et l'hôpital Civic d'Ottawa.

4. Décision arbitrale - Taux de 1985 + 4,25%.

5. Convention conclue entre le Conseil du Trésor, le Gouvernement du Canada, et l'Institut professionnel de la Fonction publique du Canada, groupe des infirmières et infirmiers.

* Négotiations en cours pour 1986.

Source : Association des infirmières et infirmiers du Canada, Département de la qualité de la vie au travail, Annual Salaries/Salaries annuels, Nurses/Infirmières et infirmiers, Major Hospital Agreements/Conventions signées dans les principaux hôpitaux, Canada, January/janvier 1987, Ottawa (Ontario), 1987.

Il est difficile de contrôler les flux internationaux nets de personnel infirmier étant donné les données limitées dont on dispose en ce qui concerne l'émigration à partir du Canada. Les données disponibles concernent uniquement les mouvements vers les États-Unis et, même là, il existe certains problèmes. Compte tenu de ces contraintes, cependant, ces données (voir tableau 2.7) laissent entrevoir que le Canada perd à l'heure actuelle davantage d'infirmier(ère)s par le processus d'émigration qu'il n'en gagne par l'immigration. Malheureusement, on ne peut tirer de conclusions précises puisque les techniques de rassemblement des données utilisées ne saisissent pas de données sur les retours dans un pays ou dans l'autre. Bon nombre d'hôpitaux américains recrutent activement et directement des diplômés d'établissements canadiens d'enseignement infirmier, ce qui permet de croire que la plupart des émigrants infirmiers canadiens peuvent être destinés au marché des États-Unis[81].

De façon générale, les migrations internationales ou interprovinciales de personnel infirmier dépendent surtout des écarts dans le revenu réel[82] et des possibilités relatives d'emploi. Donc, si l'on peut se fonder sur les migrations vers les États-Unis pour mesurer approximativement le rapport qui existe entre l'offre et la demande d'infirmier(ère)s au Canada, il semblerait que les pénuries de main-d'oeuvre infirmière qui existaient en 1981 ont légèrement diminué malgré la baisse du taux d'immigration survenue au cours des dernières années.

Évidemment, l'ampleur des flux migratoires dépend de la nature des politiques en matière d'immigration qui sont en vigueur dans le pays d'accueil. De mai 1982 à l'année 1985, la politique canadienne prescrivait que les immigrants indépendants (sauf les entrepreneurs, les travailleurs autonomes et les retraités) devaient avoir un emploi réservé au Canada avant d'entrer dans ce pays. Par ailleurs, les changements administratifs apportés en 1982 ont donné lieu à un renforcement des exigences concernant la recherche d'employés canadiens et des procédures de validation des diplômes d'infirmier(ère)s, ce qui a permis de diminuer le recrutement outremer. Ces changements avaient pour but de restreindre l'immigration. Depuis 1983, le nombre d'immigrant ayant un emploi d'infirmier(ère) assuré à l'arrivée au Canada a baissé de façon générale. Cette baisse est compatible avec les tendances d'émigration des infirmier(ère)s canadien(ne)s vers

Tableau 2.7

MIGRATIONS INTERNATIONALES DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS : IMMIGRATION AU CANADA - TOTAL DES IMMIGRANTS MUNIS D'UNE OFFRE D'EMPLOI ET IMMIGRANTS DES ÉTATS-UNIS; ÉMIGRANTS VERS LES ÉTATS-UNIS DONT LE DERNIER PAYS DE RÉSIDENCE PERMANENTE EST LE CANADA, 1975 À 1986

	Immigration[1]			
Année	Total	Immigrants munis d'une offre d'emploi	Immigrants États-Unis	Émigrants vers les États-Unis[2]
1975	1 861	573	200	327
1976	1 108	420	170	291
1977	599	64	118	533
1978	406	21	100	501
1979	467	44	106	535
1980	653	114	103	---
1981	977	306	150	---
1982	999	275	169	276*+
1983	358	28	83	288*+
1984	300	16	94	380*
1985	283	12	70	379*
1986	386	18	103	353*

--- Données non disponibles

* La période de référence commence le 1er octobre de l'année de référence précédente et se termine le 30 septembre de l'année de référence visée.

\+ Comprend les infirmières et les infirmiers, les pharmaciens, les diététiciens, les thérapeutes et les auxiliaires médicaux (une profession qui n'est pas reconnue au Canada).

Source : 1. Emploi et Immigration Canada, Division des statistiques d'immigration, Système de données sur les immigrants ayant obtenu le droit d'établissement, Ottawa (Ontario).

2. Ministère de la Justice des États-Unis, Immigrants Admitted Whose Country of Last Permanent Residence was Canada, by Each Occupation, Washington, D.C., États-Unis.

les États-Unis; ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle les pénuries de personnel infirmier dans ce pays, au début des années quatre-vingts, ont diminué, même si ce n'est que de façon marginale.

Au point où nous en sommes dans l'étude des facteurs qui influent sur les flux et les réserves de main-d'oeuvre infirmière, on constate que la plupart des tendances actuelles indiquent une diminution éventuelle de la disponibilité du personnel infirmier. Toutefois, l'immigration peut être un moyen important de compléter les sources d'offre nationales. Les modifications apportées récemment à la politique canadienne sur l'immigration à l'égard du personnel infirmier, qui comprennent la suppression des exigences relatives à l'emploi réservé pour les travailleurs de cette catégorie, permettent de croire que le mouvement des infirmier(ère)s vers le Canada peut une fois de plus prendre de l'expansion*. L'ampleur réelle de cette croissance dépendra du nombre d'infirmier(ère)s qui souhaitent entrer au pays, de leur capacité de satisfaire aux norme d'autorisation et des objectifs établis pour leur admission** (uniquement dans le cas des immigrants appartenant à la catégorie des travailleurs choisis). En 1986, cet objectif a été fixé à environ 800 personnes[83]; il n'a pas eu pour effet de restreindre le flux d'infirmier(ère)s étranger(ère)s vers le Canada. Pour 1987, l'objectif a été augmenté pour atteindre environ 1 400 personnes.

2.2.7 État de l'offre

L'analyse qui précède souligne brièvement les facteurs qui influent sur la disponibilité de personnel infirmier. Parmi ceux-ci mentionnons le nombre de nouveaux entrants provenant du système d'éducation officiel, les personnes qui quittent la maison pour entrer de nouveau sur le marché du

---

* Bien que les immigrants indépendants entrant au Canada à titre d'infirmier(ère)s n'ont plus vraiment à se soumettre aux dispositions relatives à l'emploi réservé, ces dernières pourraient continuer d'être mises en application en raison de l'envergure de cette composante dans le processus d'ensemble touchant l'évaluation et l'acceptation des immigrants.

** Se reporter à l'ouvrage d'Emploi et Immigration Canada, intitulé «Détermination de la composition professionnelle des travailleurs immigrants sélectionnés» qui décrit les méthodes employées pour déterminer ces objectifs.

travail, la proportion d'infirmier(ère)s disponibles seulement pour des emplois à temps partiel et le rythme auquel les infirmières quittent l'exercice actif de leur profession. D'après les tendances récentes de l'entrée des infirmier(ère)s sur le marché du travail et de leur participation à ce marché, l'offre de personnel infirmier pourrait baisser dans l'avenir, bien que le nombre d'inscriptions à des associations canadiennes d'infirmiers et d'infirmières continue d'augmenter fortement. Dans son étude, effectuée en 1980, l'Alberta Hospital Association concluait que les pénuries constatées de personnel infirmier n'étaient pas dues à un nombre insuffisant d'infirmier(ère)s mais plutôt à l'incapacité du système d'encourager la participation à long terme de cette main-d'oeuvre au marché du travail. Si c'est vraiment le cas, en apportant des changements appropriés au milieu de travail, on pourrait accroître le nombre d'infirmier(ère)s qui sont prêt(e)s à travailler à plein temps, provoquer une diminution du taux d'attrition ou encourager les étudiants à participer à des programmes généraux d'enseignement infirmier. Chacune de ces solutions pourrait avoir une influence positive sur l'offre de ressources humaines infirmières.

III. INTERACTION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE - NIVEAUX ACTUELS ET PROJETÉS

3.1 Le marché du travail : Indicateurs actuels de déséquilibre

Les principaux indicateurs de déséquilibre sur le plan du marché du travail sont l'expérience des praticiens en ce qui concerne le chômage et le succès des employeurs à trouver des candidats adéquats pour les postes. Le tableau 3.1 donne des statistiques qui permettent de mesurer ces variables. Les tendances que l'on peut constater confirment celles des flux de migrations internationales et appuient l'hypothèse selon laquelle la pénurie d'infirmières observée au début des années quatre-vingts a diminuée quelque peu au cours des dernières années.

La proportion de bénéficiaires d'assurance-chômage par rapport au nombre total d'emplois pour les infirmier(ère)s s'est élevée passant d'un pourcentage se situant à peine supérieur à 2 pour cent, en 1981, à 4 pour cent, en 1986. Au cours de cette année-là, le pourcentage moyen de bénéficiaires pour l'ensemble des emplois était de 12 pour cent. En ce qui concerne les infirmières seulement, ce chiffre atteignait son maximum en 1983, année au cours de laquelle le nombre de vacances dans la Banque nationale d'emplois par rapport à 1 000 personnes employées était à son minimum. Les tendances récentes dans ces deux séries de statistiques laissent entrevoir que le marché de la main-d'oeuvre pour les services de soins infirmiers, quoique moins restreint qu'en 1981, commence une fois de plus à se resserrer. En fait, si l'intérêt manifesté par les médias peut constituer un indicateur de la situation du marché du travail canadien pour les infirmier(ère)s, les augmentations récentes de l'activité viennent appuyer la justesse de cette conclusion.

Ces chiffres, en réalité, ne correspondent pas à l'ampleur des déséquilibres entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre infirmière. La plupart des répondants à une enquête effectuée en 1981, dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, ont signalé que parmi leurs employés qui exerçaient la profession d'infirmier(ère) dans un service ou une unité de soins spécialisés, moins de 1 pour cent avait reçu une formation supérieure à la

Tableau 3.1

NOMBRE D'EMPLOIS D'INFIRMIER(ÈRE)S BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS D'ASSURANCE-CHÔMAGE, POURCENTAGE DES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS D'ASSURANCE-CHÔMAGE PAR RAPPORT AU NOMBRE D'EMPLOIS VACANTS, D'APRÈS LA BANQUE NATIONALE D'EMPLOIS ET POURCENTAGE DE CES EMPLOIS VACANTS PAR RAPPORT À 1 000 PERSONNES EMPLOYÉES, CANADA, DE 1981 À 1986

Année	Employés	Bénéficiaires d'assurance-chômage	Pourcentage de bénéficiaires d'assurance-chômage par rapport à ceux employés	Banque nationale d'emplois-emplois vacants	Banque nationale d'emplois - Pourcentage d'emplois vacants par rapport à 1 000 personnes employées
1981	180 583	3 665	2,03	---	---
1982	185 354	6 158	3,32	251	1,35
1983	187 578	7 308	3,90	50	0,27
1984	191 278	7 168	3,75	84	0,44
1985	198 296	7 489	3,78	113	0,57
1986	202 479	7 191	3,60	133	0,66

1. Le nombre moyen de prestataires relevé à la fin de chaque trimestre. Les chiffres relatifs aux personnes touchant des prestations de maladie, de maternité, de retraite et de pêcheur ne sont pas compris.

2. Le nombre moyen de postes vacants figurant au dossier le premier mardi de chaque mois.

--- Données non disponibles.

Source : Emploi et Immigration Canada, Direction des perspectives du marché du travail et de l'analyse structurelle, Base de données du Système de projections des professions au Canada, Ottawa (Ontario).

formation de base dans la spécialité pertinente[84]. Lorsque les employeurs ne peuvent trouver de candidats possédant les compétences souhaitées, ils doivent souvent embaucher des infirmier(ère)s des soins généraux et fournir ensuite de la formation sur le tas. Plus la technologie progresse et la spécialisation prend de l'ampleur, plus il sera difficile pour les hôpitaux de répondre à leurs besoins en matière de dotation en préparant le personnel de cette façon. Les problèmes créés par les pénuries en ce

qui concerne le nombre total d'infirmier(ère)s aptes et disposé(e)s à exercer leur profession se compliquent donc par une «pénurie invisible»; en effet, il arrive souvent que le personnel infirmier disponible ne possède pas les compétences requises par l'employeur.

3.2 Projections de l'offre et de la demande de personnel infirmier

Dans plusieurs études portant sur diverses provinces, des analystes ont tenté de projeter les courbes de l'offre et de la demande de personnel infirmier pour les prochaines années. Une hypothèse clé ressort de bon nombre de ces études, à savoir que les tendances actuelles vont soit persister, soit changer de façon insensible. Les analystes concluent, à l'unanimité, que le problème des pénuries de main-d'oeuvre infirmière ira en s'aggravant.

Ces conclusions pour chacune des provinces sont appuyées par les projections nationales du Système de projections des professions au Canada, qui figurent au tableau 3.2. L'offre globale de personnel infirmier ne fait pas partie des variables disponibles. Néanmoins, des projections indiquant que le nombre de nouveaux entrants provenant du système d'éducation va diminuer de même qu'un nombre plutôt stable de nouveaux entrants provenant des familles, permettent de croire que les augmentations futures de la main-d'oeuvre infirmière (colonne 7) ne suffiront pas à répondre aux besoins (colonne 4). Alors que le flux des familles et du secteur de l'éducation vers la population active est supérieur au taux d'érosion des effectifs (colonne 2), nous pouvons conclure qu'une augmentation graduelle des niveaux de disponibilité de personnel infirmier se produira. Cette hausse ne permettra toutefois pas de répondre à l'accroissement du nombre de demandes découlant de nouvelles possibilités d'emploi pour le personnel infirmier (colonne 3). De fait, la différence est davantage importante au cours des dernières années de la période de projections, ce qui laisse entrevoir des déséquilibres persistants, sinon accrus, de la demande et de l'offre d'infirmier(ère)s. Les variations interprovinciales dans les modes de prestation de soins de la santé ne permettent pas d'appliquer ces résultats aux juridictions individuelles.

Tableau 3.2

PROJECTIONS DE LA DEMANDE D'INFIRMIÈRES ET D'INFIRMIERS ET DU NOMBRE DE NOUVEAUX ACTIFS AU CANADA DE 1987 À 1995

Année	Demande[1] (1)	Demande remplacement[3] (2)	Demande-expansion[4] (3)	Demande totale[5] (4)	Nouveaux actifs et retours sur le marché du travail[p] (5)	Diplômés intégrant le marché du travail (6)	Nouvelle offre[6] (7)
1987	207 125	15 907	s.o.	s.o.	8 800	8 754	17 554
1988	208 840	16 039	1 715	17 754	8 900	8 759	17 659
1989	210 591	16 173	1 751	17 924	8 700	8 755	17 455
1990	212 777	16 341	2 186	18 527	9 200	8 639	17 839
1995	222 619[2]	17 097	2 506	19 603	9 100	8 377	17 477

1. Selon le scénario de croissance pour l'année de référence 1987.

2. À la fin de la période.

3. Perte de main-d'oeuvre par attrition. Les calculs sont fondés sur le taux d'attrition préliminaire estimatif du SPPC.

4. Changement annuel total de la demande d'infirmières.

5. Demande totale de nouveaux infirmiers et infirmières constituant la somme de la demande de remplacement et d'expansion.

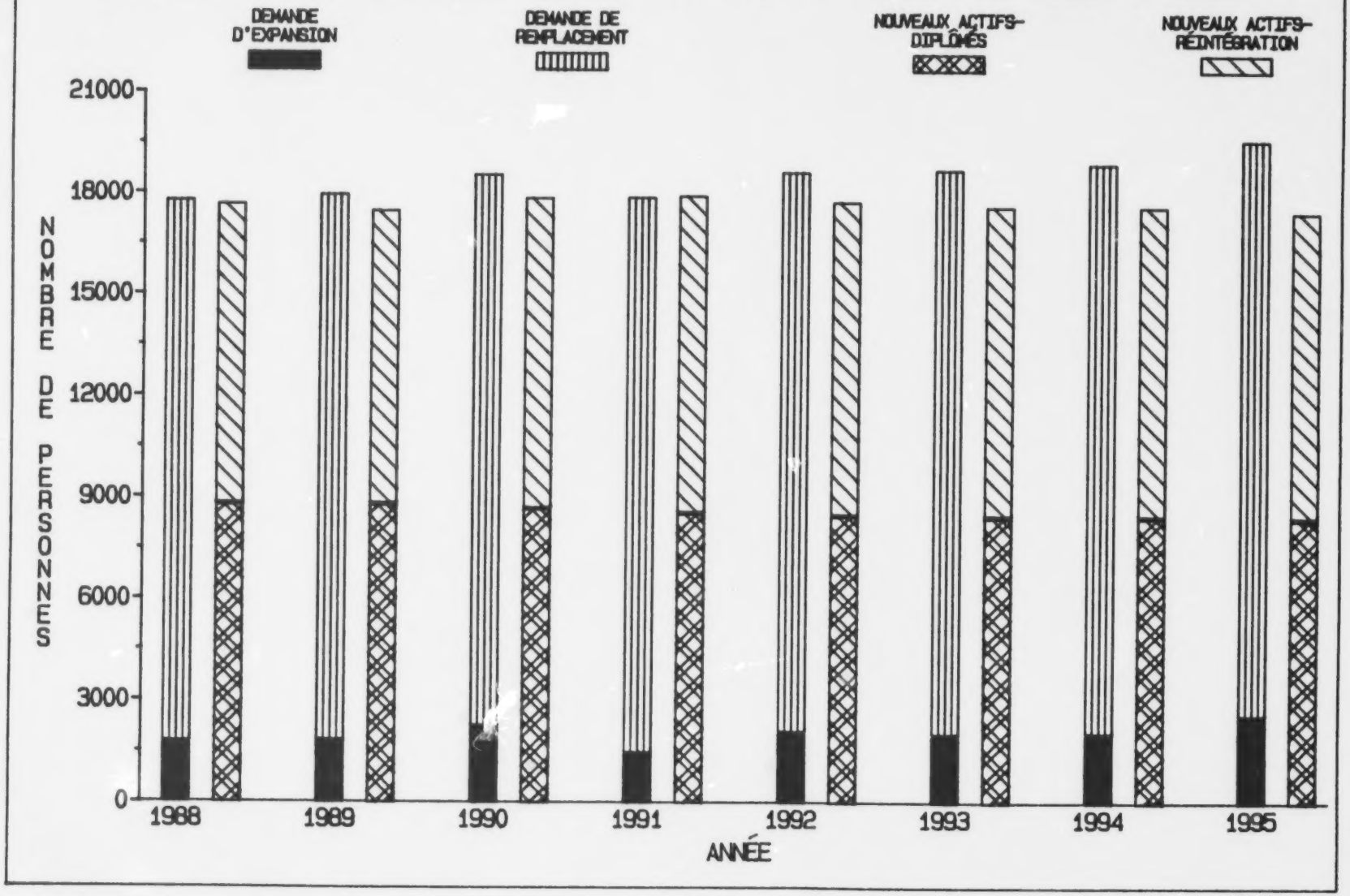
6. Immigrants non inclus.

p. Données préliminaires, pouvant être révisées.

s.o. - Sans objet.

Source : Emploi et Immigration Canada, Direction générale des perspectives du marché du travail et de l'analyse structurelle, Banque de données du Système de projections des professions au Canada, Ottawa (Ontario).

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DES RÉCENTES EXIGENCES (DEMANDE) POUR INFIRMIERS ET NOUVEAUX ACTIFS (OFFRE) AU CANADA, DE 1988 À 1995



S.P.P.C.

L'immigration permet de répondre à l'offre de personnel infirmier, et les niveaux d'immigration d'infirmier(ère)s résultent autant de politiques gouvernementales que du nombre et de la qualité des personnes demandant à immigrer. Il est en conséquence difficile de prévoir cette variable avec suffisamment de certitude. Au cours des quatre dernières années, les niveaux annuels d'immigration d'infirmier(ère)s ont varié entre 300 et 400 personnes. Bien que des changements apportés récemment aux politiques d'immigration nous permettent de croire que le nombre d'infirmier(ère)s immigrant(e)s pourrait augmenter, il est peu probable qu'un accroissement saurait suffire à combler les lacunes projetées. N'oublions pas que les infirmier(ère) immigrant(e)s ne trouvent pas nécessairement de l'emploi dans le domaine des soins de la santé.

Soulignons que les projections dont il a été question jusqu'ici se fondent sur l'hypothèse selon laquelle le marché du travail pour les infirmiers et infirmières est à peu près statique; si les tendances actuelles de l'emploi changent, elles ne le feront que marginalement. Toutefois, comme nous en avions parlé tout au long de la section II, cette hypothèse n'est pas réaliste. Les tendances relevées pourraient modifier le rôle des infirmier(ère)s, leur milieu de travail, les exigences touchant les programmes d'enseignement (formels et de recyclage), les modes de participation aux programmes d'enseignement, de même que les caractéristiques relatives aux malades. Toute modification qui pourrait y être apportée changerait le mode actuel de prestation de soins de la santé. De fait, ceci porte à croire qu'en raison des projections qui découlent des tendances actuelles du marché du travail, on pourraient sous-évaluer l'ampleur des déséquilibres possibles au sein du marché du travail. Les défis que devront relever dans l'avenir les infirmières et infirmiers, leurs employeurs, les législateurs, les responsables du système d'éducation et les dirigeants sont importants et auront une grande portée.

IV. CONCLUSIONS ET RÉPERCUSSIONS

Dans ce rapport, nous nous sommes concentrés sur les principales tendances qui se font sentir sur le marché du travail actuel pour les infirmières et infirmiers, et qui influeront sur l'offre ou la demande future de main-d'oeuvre infirmière. Il est indiscutable que d'autres influences s'exerceront. Cependant, les défis que représentent à elles seules ces tendances laissent entrevoir que, pour la profession infirmière au Canada, l'adaptation, l'esprit de créativité et la capacité de prévoir à long terme seront dans l'avenir des facteurs aussi importants pour le fonctionnement et le contrôle du marché qu'ils l'ont été dans le passé.

Parmi les autres éléments déterminants qui ont des effets sur la demande de personnel infirmier, citons les progrès technologiques, le rôle de plus en plus grand des infirmier(ère)s dans la prestation des soins et le vieillissement de la population canadienne. Chacun de ces facteurs influent indirectement sur l'offre de personnel infirmier par le biais, par exemple, des exigences sur le plan de la formation, des mouvements vers cette profession et de la participation au marché du travail. Malheureusement, si les tendances actuelles se maintiennent, elles pourraient avoir comme effet général sur le marché de la main-d'oeuvre infirmière, d'une part, une augmentation de la demande, et d'autre part, une diminution de l'offre.

Sous l'effet de ces divers facteurs combinés, la main-d'oeuvre devient de moins en moins souple. Puisqu'il faut de plus en plus de temps pour éduquer les infirmier(ère)s et que l'exercice de la profession est plus axé sur la spécialisation, il faudra davantage de temps pour remédier aux déséquilibres constatés en ce qui concerne le marché du travail. Cela ne signifie pas pour autant que les influences qui s'exercent à l'heure actuelle sur le marché du travail canadien en ce qui a trait au personnel infirmier ne justifient pas une orientation vers des niveaux d'éducation supérieurs. Par contre, dans l'avenir, la planification du marché du travail acquerra de plus en plus d'importance, de même que l'élaboration de moyens permettant d'appuyer les activités de planification.

Au Canada, dans le passé, la réglementation provinciale des soins médicaux limitaient la participation directe des organismes fédéraux au contrôle du

marché du travail pour le personnel infirmier. Mentionnons cependant une exception importante: le Comité consultatif fédéral-provincial de la main-d'oeuvre sanitaire, un comité inter-gouvernemental qui regroupe des représentants provinciaux, territoriaux et fédéraux des ministères de la santé et de la formation postsecondaire. Cet organisme sert de forum où l'on échange de l'information afin d'assurer une certaine uniformité sur le plan des lois et de la planification. Puisque le marché du travail pour les infirmier(ère)s évolue, le rôle du comité pour ce qui est de favoriser la communication entre les provinces pourrait gagner en importance.

En ce qui concerne Emploi et Immigration Canada, les programmes qui ont une certaine portée comprennent les programmes d'immigration, les programmes de soutien de la formation (par exemple, la Planification de l'emploi) et les divers sous-systèmes du SPPC*. Chacun de ces types de programmes pourrait jouer un rôle de plus en plus grand dans l'avenir, les deux premiers en tant que méthodes permettant de compléter l'offre de main-d'oeuvre, les derniers en tant qu'instruments de planification. Néanmoins, pour atteindre son plein potentiel, le Système de projections des professions au Canada doit tenir compte des relations fonctionnelles particulières à ce marché et du rythme auquel ce dernier évolue; il doit aussi s'adapter, dans la mesure du possible, aux différences qui caractérisent les provinces sur le plan de la structure.

L'AiiC a assuré une certaine uniformité nationale dans le domaine de la formation des infirmier(ère)s et de la réglementation des soins infirmiers, et l'élaboration d'un système national d'accréditation des spécialistes s'inscrit dans cette tradition. Bien que cette association ait démontré par le passé sa capacité de s'adapter efficacement aux paramètres changeants de l'exercice de la profession d'infirmier(ère), le double défi qu'elle devra relever en ce qui concerne la baisse des ressources et la diversification des fonctions des infirmier(ère)s ne sera pas une tâche facile.

Puisque les changements technologiques se répercutent sur les instruments et les techniques de soins, ainsi que sur le champ d'activités du travail de

---

* Par exemple, le Sous-modèle de l'offre d'étudiants du SPPC.

l'infirmier(ère), les responsables du système d'éducation devront adapter les programmes de formation au milieu de travail dans lequel évolueront les diplômés. Cette adaptation portera non seulement sur le contenu des cours de formation, mais également sur les moyens de transmission des connaissances et les niveaux d'instruction. Puisqu'on insiste de plus en plus sur une formation universitaire et que la demande d'inscription à des cours du soir ou de spécialisation augmente, les capacités d'adaptation des établissements de formation d'infirmier(ère)s seront mises à l'épreuve.

Les paramètres propres aux diverses pratiques de soins infirmiers sont fortement définis par les employeurs et, dans certains cas, les syndicats. Les changements opérés au sein d'entreprises en réponse aux besoins technologiques, aux ressources limitées, aux tendances variées dans les soins de la santé, de même qu'une population canadienne vieillissante et des attentes différentes pour ce qui est des soins offerts seront autant de défis face aux possibilités d'adaptation.

Toutefois, parmi les organismes mentionnés plus haut, aucun sans doute ne sera aussi directement ou profondément touché dans l'avenir par les difficultés à surmonter que les infirmier(ère)s canadien(ne)s. Certaines modifications devront être apportées dans le domaine des compétences professionnelles, des responsabilités et du lieu de travail. Il est à espérer que ces modifications seront facilitées. Comme nous l'avons vu, un milieu de travail défavorable peut provoquer une diminution du personnel infirmier disponible. La facilité avec laquelle les infirmier(ère)s s'adaptent aux changements que subit leur profession, en conséquent leur volonté de demeurer au sein de la population active, est probablement directement associée à la capacité d'évolution des organismes mentionnés plus haut.

RENVOIS

1. Voir, par exemple, Evans, R.G. Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care, Butterworths, Toronto (Ontario), 1984.

2. Brothers, K., Kazanjian, A., et Wong, E., Life Cycle Activity Patterns of Nurses in British Columbia: Forecasting Future Supply and Professional Life Expectancy, University of British Columbia, Division of Health Services Research and Development, Vancouver (Colombie-Britannique), Mars, 1985, p. 1.

3. Association des infirmières et infirmiers du Canada, Présence : les 60 premières années de l'AIIC, Ottawa (Ontario), 1968, p. 61 et Soderstrom, L., The Canadian Health System, Croom Helm, Londres, Grande-Bretagne, 1978, pp. 16 et 17.

4. Soderstrom, 1978, p. 17.

5. Comité fédéral-provincial de la main-d'oeuvre sanitaire, Répertoire sur la législation en matière de personnel de santé - édition de 1985, Santé et Bien-être social Canada, Division des ressources humaines en santé, Ottawa (Ontario), 1985, p. 112.

6. Association des infirmières et infirmiers du Canada et Statistique Canada, Nursing in Canada, Personnel infirmier au Canada, 1985, Ottawa (Ontario), décembre 1986, p. 45.

7. Emploi et Immigration Canada, Direction de la planification et de l'adaptation du marché du travail, Planification de la main-d'oeuvre (Ressources et services), Infirmières et infirmiers autorisés au Canada, données et questions choisies sur leur emploi : un document de travail, Ottawa (Ontario), octobre 1981, p. 5.

8. Ibid, pp. 10 à 11.

9. Leung, B., Formation et statuts propres au Canada à des professions sanitaires choisies, main-d'oeuvre infirmière, Santé et Bien-être social Canada, Direction de la main-d'oeuvre sanitaire, Main-d'oeuvre sanitaire; Rapport n° 74-7, Ottawa (Ontario), 1974, p. 3.

10. Soderstrom, 1978, p. 83.

11. Emploi et Immigration Canada, 1981, pp. 10 - 11.

12. Ibid, pp. 12 à 15.

13. Emploi et Immigration Canada, Direction des informations sur les professions et les carrières, recherche documentaire menée dans l'élaboration de la Classification nationale des professions, Professions des sciences infirmières, 1987.

14. Association des infirmières et infirmiers du Canada, Document de base sur l'admission à la pratique infirmière, Ottawa (Ontario), Avril 1982, p. 14.

15. Association of Registered Nurses of Newfoundland, Nurse Manpower Report, St-Jean (Terre-Neuve), juillet 1982, p. 27.

16. Registered Nurses' Association of Ontario, Report of Task Force on Nursing Shortage, Toronto (Ontario), avril 1981, p. 9.

17. Association des infirmières et infirmiers du Canada, avril 1982, p.16.

18. Ibid, p. 2.

19. Emploi et Immigration Canada, 1981, p. 25.

20. Jenny, J.L. Issues Affecting Nurses' Hospital Employment in the '80s', Document de travail préparé par l'Association des hôpitaux du Canada, Ottawa (Ontario), novembre 1982, p. 5.

21. Emploi et Immigration Canada, 1981, p. 25.

22. Statistique Canada, Section de la statistique de la main-d'oeuvre sanitaire, Division de la santé, Données sur les infirmier(ère)s authorisé(e)s à l'intention de la direction, Ottawa (Ontario), 1986.

23. Statistique Canada, Division des enquêtes-ménages, Catalogue 71-001, «La population active», Ottawa (Ontario).

24. Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada, Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux - partie un; non publiée.

25. Registered Nurses Association of Ontario, April 1981, p. 6.

26. Haynes, D., 'Hectic Life Buffets High-Tech Nurses', Winnipeg Free Press, June 2, 1987.

27. Statistique Canada, Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e) à l'intention de la direction, 1986.

28. Emploi et Immigration Canada, Perspectives du marché du travail et analyse structurelle, base de données du SPPC, données tirées de l'Enquête nationale auprès des diplômés.

29. Alberta Hospital Association, Nursing Manpower: A Study of Factors in Nursing Supply and Demand in Alberta Hospitals and Nursing Homes, Edmonton (Alberta), novembre 1980, Annexe p. 403.

30. Association des infirmières et infirmiers du Canada, avril 1982, p. iii.

31. Emploi et Immigration Canada, données tirées de la National Graduate Survey.

32. Kettle, J. and Zwelling, M., Skill Development Leave Task Force, Background Paper 26, Policy Reflections on Skills Development Leave, Emploi et Immigration Canada, avril 1983, p. 46.

33. Manitoba Nursing Review Committee, Report of the Manitoba Nursing Review Committee to the Minister of Health, avril 1985, p. 11.

34. University of British Columbia, Division of Health Services Research and Development. Nurse Requirements in British Columbia; An Analysis of the 1979-82 Trends. Part 1 - Methods and Preliminary Findings, Vancouver (Colombie-Britannique), septembre 1984, p. 28.

35. Travail Canada, Revue de la législation, Ottawa (Ontario), questions diverses.

36. Manitoba Nursing Review Committee, avril 1985, p. 33.

37. Statistique Canada, Section des soins de la santé, Division de la santé, Catalogue n° 83-232, «La statistique annuelle des hôpitaux», Ottawa (Ontario).

38. Alberta Hospital Association, novembre 1980, p. 17.

39. Boudreau, T.J., Report of the Committee on Nurse Practitioners, présenté à Santé et Bien-être social Canada, avril 1972.

40. Conseil canadien des chefs d'entreprises, La réforme de la politique social et l'intérêt national, Ottawa (Ontario), décembre 1986, p. 57.

41. Soderstrom, 1978, p. 89.

42. Association des infirmières et infirmiers du Canada, Document de base et politique sur la reconnaissance dans le domaine infirmier, Ottawa (Ontario), septembre 1982.

43. Ibid, p. 25.

44. Statistique Canada, Section des soins de la santé, Division de la santé, Catalogue No. 82-206, «Morbidité hospitalière», Ottawa (Ontario).

45. Emploi et Immigration Canada, base de données du SPPC.

46. Fondation de l'Association des hôpitaux du Canada, Etude du secteur hospitalier, pour le système de projections des professions au Canada, Emploi et Immigration, Ottawa (Ontario), mai 1984, p. 53, voir Statistique Canada, Hôpitaux : Horizon 2031, les effets du mouvement de la population sur les besoins en soins hospitaliers, rédigé par Lefebvre, L.A., Zsigmond, Z., et Devereaux, M.D., Catalogue No. 83-520E, publication spéciale, novembre 1979, p. 43.

47. Woods Gordon Management Consultants, Task Force on the Allocation of Health Care Resources - Investigation of the Impact of Demographic Change on the Health Care System in Canada - Final Report, août 1984, Annexe I.

48. Fondation de l'Association des hôpitaux du Canada, mai 1984, p. 63.

49. Evans, R.G., «Hang Together or Hang Separately: The Viability of a Universal Health Care System in an Aging Socity», Canadian Public Policy, Vol. 13, No. 2, p. 165.

50. Kelly, C., «N.B. Hospital Concept Provides Low-Cost Care», The Globe and Mail, le 30 septembre 1985, p. 8.

51. Denton, F., Gafni, A., Spenser, B.G., and Stoddart, G., «Potential Savings from the Adoption of Nurse Practitioner Technology in the Canadian Health Care System», Socio-Economic Planning Sciences, An International Journal, vol. 17, No. 4, p. 208.

52. Statistique Canada, Section des soins de la santé, Division de la santé, Catalogue No. 83-232, «La statistique annuelle des hôpitaux», Ottawa (Ontario).

53. New Brunswick Manpower Consultative Committee on Nursing Shortage, Nursing Shortages: Turnover Reduction and Re-Entry of the Non-Practicing Nurse. Volume 1 - Summary and Recommendations, juillet 1981, p.2.

54. Statistique Canada, Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction, 1986.

55. Statistique Canada, Recensement du Canada, 1981, base de données du SPPC.

56. Statistique Canada, Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction, 1986.

57. D'après le nombre d'infirmiers et infirmières autorisés au Canada et dans les provinces, Statistique Canada, Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction, 1986.

58. Association of Registered Nurses of Newfoundland, juillet 1982, p. 70.

59. D'après le nombre de diplômés par niveau de scolarité, Emploi et Immigration Canada, base de données du SPPC, Sous-modèle de l'offre d'étudiants.

60. Peat, Marwick and Partners, Western Canada Health Manpower Training Study, under direction of the Western Canada Health Manpower Training Study Steering Committee. Section II - Category 4 Reports - Registered Nurses, Psychiatric Nurses, Nursing Assistants, 1981, p. III-2.

61. Advisory Committee on Nursing Manpower (Ontario), Report on Nursing Manpower, April 30, 1987, p. 11.

62. Emploi et Immigration Canada, base de données du SPPC.

63. Statistique Canada, Série révisée de données sur les infirmières autorisées.

64. Association des infirmières et infirmiers du Canada, Mémoire à la Commission d'enquête sur le travail à temps partiel, Ottawa (Ontario), décembre 1982, p. 14.

65. Travail Canada, Le travail à temps partiel : Rapport de la Commission d'enquête sur le travail à temps partiel, Ottawa (Ontario), 1983, p. 23.

66. Alberta Hospital Association, novembre 1980, p. xvi.

67. Ibid, p. xxiv.

68. Peat, Marwick and Partners, 1981, p. III-5.

69. Ibid, p. I-6.

70. Brothers, K., Kazanjian, A., et Wong., E., mars 1985.

71. Ibid, Appendix A.

72. Registered Nurses Association of British Columbia, Nurses: Are we at the Breaking Point?, Vancouver (Colombie-Britannique), 1981, p. 19.

73. Emploi et Immigration Canada, Perspective du marché du travail et analyse structurelle, estimations provisoires fondées sur le Gross Flows Model du SPPC.

74. Alberta Hospital Association, 1980, pp. 280 et 281.

75. Nova Scotia Department of Health, Council of Teaching Hospitals, et Registered Nurses Association of Nova Scotia, Turnover of Staff Nurses in Nova Scotia - Cause and Remedies, 1981, p. iv.

76. Alberta Hospital Association, 1980, p. xxiv.

77. New Brunswick Manpower Consultative Committee on Nursing Shortage, juillet 1981, p. 11.

78. Nova Scotia Department of Health, Council of Teaching Hospitals, et Registered Nurses Association of Nova Scotia, 1981, p. 22.

79. Ibid, p. 79.

80. Comité consultatif fédéral-provincial de la main-d'oeuvre sanitaire, Programmes de bourse et programmes d'encouragement à l'intention des professionnels de la santé au Canada, 1986, Santé et Bien-être social Canada, Division des ressources humaines en santé, Ottawa (Ontario), février 1987.

81. Taylor, C., Occupational Exchanges of Immigrants between Canada and the United States, 1973-1979, Rédigé pour le 10e congrès mondial de sociologie, Mexico, Mexique, tenu du 16 au 21 août 1982, p. 26.

82. Association of Registered Nurses of Newfoundland, juillet 1982, p. 81.

83. Emploi et Immigration Canada, Occupational Selection Committee, information non publiée.

84. New Brunswick Manpower consultative Committee on Nursing Shortage, juillet 1980, p. 13.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

1. Advisory Committee on Nursing Manpower (Ontario), Report on Nursing Manpower, le 30 avril 1987.

2. Alberta Hospital Association, Nursing Manpower: A Study of Factors in Nursing Supply and Demand in Alberta Hospitals and Nursing Homes, Edmonton (Alberta), novembre 1980.

3. Anderson, L., Cowan, C.S., Danaher, A., Fawcett, M., Flynn-McGrath, S., Forchuk, C., Royle, J., and Westwell, J., «Unmasking the Clinical Nurse Specialist», The Canadian Nurse, (L'infirmière canadienne) novembre 1986, p. 14 à 17.

4. Association des infirmières et infirmiers du Canada, Document de base et politique sur la reconnaissance dans le domaine infirmier, Ottawa (Ontario), septembre 1982.

5. Association des infirmières et infirmiers du Canada, Document de base sur l'admission à la pratique infirmière, Ottawa (Ontario), avril 1982.

6. Association des infirmières et infirmiers du Canada, Mémoire à la Commission d'enquête sur le travail à temps partiel, Ottawa (Ontario), décembre 1982.

7. Association des infirmières et infirmiers du Canada, Présence : Les soixante premières années de l'AiiC, Ottawa (Ontario), 1968.

8. Association des infirmières et infirmiers du Canada et Statistique Canada, Nursing in Canada, Personnel infirmier au Canada, 1985, Ottawa (Ontario), décembre 1986.

9. L'Association médicale canadienne, «News Briefs - Nursing Shortage Worsening in Canada», L'Association médicale canadienne. Journal, vol. 135, 15 novembre 1986, p. 1162.

10. Association of Registered Nurses of Newfoundland, Nurse Manpower Report, Saint-Jean (Terre-Neuve), juillet 1982.

11. Banning, J., «NEWS», The Canadian Nurse (L'infirmière canadienne), août 1986, p. 10 à 13.

12. Betcherman, G., McMullen, K., La technologie en milieur de travail : Enquête sur l'automatisation au Canada, Conseil économique du Canada, Ottawa (Ontario), 1986.

13. Boudreau, T.J., Report of the Committee on Nurse Practitioners, présenté à Santé et Bien-être social Canada, avril 1972.

14. Brody, J.A., Brock, D.B., Williams, T.F., «Trends in the Health of the Elderly Population», Annual Review of Public Health, 1987, pp. 211 à 234.

15. Brothers, K., Kazanjian, A., et Wong, E., Life Cycle Activity Patterns of Nurses in British Columbia: Forecasting Future Supply and Professional Life Expectancy, University of British Columbia, Division of Health Services Research and Development, Vancouver (Colombie-Britannique), mars 1985.

16. Canadian Press, «Nursing Shortage Puzzles Country Health Experts», The Ottawa Citizen, le 29 novembre 1986.

17. Clarke, M. «Action and reflection: practice and theory in nursing», Journal of Advanced Nursing, 1986, Vol. 11, p. 3 à 11.

18. College of Nurses of Ontario, Briefing Paper on Issues Concerning the Registered Nursing Assistant and the Health Care Aide, septembre 1987.

19. Comité consultatif fédéral-provincial de la main-d'oeuvre sanitaire, Programme de cours et programmes d'encouragement à l'intention des professionnels de la santé au Canada, 1986, Santé et Bien-être social Canada, Division des ressources humaines en santé, Ottawa (Ontario), février 1987.

20. Comité consultatif fédéral-provincial de la main-d'oeuvre sanitaire, Répertoire sur la législation en matière de personnel de santé. Edition 1985, Santé et Bien-être social Canada, Division des ressources humaines en santé, Ottawa (Ontario), 1985.

21. Conseil canadien des chefs d'entreprise, La réforme de la politique social et l'intérêt national, Ottawa (Ontario), décembre 1986.

22. Denton, F., Gafni, A., Spencer, B.G., and Stoddart, G., «Potential Savings from the Adoption of Nurse Practitioner Technology in the Canadian Health Care System», Socio-Economic Planning Sciences, An International Journal, Vol. 17, No.4, p. 199 à 209.

23. Emploi et Immigration Canada, Direction de la planification et de l'adaptation du marché du travail, Planification de la main-d'oeuvre (Ressources et services), Infirmières et infirmiers autorisés au Canada, Données et questions choisies sur leur emploi : un document de travail, Ottawa (Ontario), octobre 1981.

24. Emploi et Immigration Canada, Direction des informations sur les professions et les carrières, recherche documentaire menée dans l'élaboration de la Classification nationale des professions, Professions des sciences infirmières, 1980.

25. Emploi et Immigration Canada, Occupational Selection Committee, Ottawa/Hull, information non publiée.

26. Emploi et Immigration Canada, Perspectives du marché du travail et analyse structurelle, Base de données du SPPC.

27. Emploi et Immigration Canada, Politique stratégique et planification, Perspectives du marché du travail et analyse structurelle, Détermination de la composition professionnelle des travailleurs immigrants sélectionnés, novembre 1986.

28. Epp, J., Minister of National Health and Welfare, Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion, 1986.

29. Evans, R.G., Strained Mercy : The Economics of Canadian Health Care, Butterworths, Toronto (Ontario), 1984.

30. Flaherty, M.J., Employment for Registered Nurses in Canada, Current Status, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa (Ontario), le 17 juin 1981.

31. Fondation de l'Association des hôpitaux du Canada, L'avenir des hôpitaux au Canada : Une étude exploratoire, Ottawa (Ontario), septembre 1984.

32. Fondation de l'Association des hôpitaux du Canada, Étude du secteur hospitalier, pour le Système de projections des professions au Canada, Emploi et Immigration Canada, Ottawa (Ontario), mai 1984.

33. Haynes, D., «Hectic Life Buffets High-Tech Nurses», Winnipeg Free Press, le 2 juin 1987.

34. Hofoss, D., «Health Professions: The Origin of Species», Social Science Medicine, Vol. 22., n° 2, 1986, pp. 201 à 209.

35. Jenny, J.L., Issues Affecting Nurses' Hospital Employment in the 80's, Un document de travail rédigé pour la Fondation de l'Association des hôpitaux du Canada, Ottawa (Ontario), novembre 1982.

36. Kelly, C., «N.B. Hospital Concept Provides Low-Cost Care», The Globe and Mail, le 30 septembre 1985, p. 8.

37. Kettle, J. and Zwelling, M., Skill Development Leave Task Force Background Paper 26, Policy Reflections on Skills Development Leave, Emploi et Immigration Canada, avril 1983.

38. Lane B., Formation et statuts propres au Canada à des professions sanitaires choisies, main-d'oeuvre infirmière, Santé et Bien-être social Canada, Direction générale de la main-d'oeuvre sanitaire, main-d'oeuvre sanitaire; rapport n° 74-7, Ottawa (Ontario), 1974.

39. Lane B., «Spécialisation et certification : Rétrospective des activités de l'AiiC», L'infirmière canadienne, juin 1985, p. 24 à 25.

40. Lipovenko, D., «Hospitals Alarmed as Disgruntled Nurses Flee Profession», The Globe and Mail, le 6 décembre 1986, p. A4.

41. Manitoba Nursing Review Committee, Report of the Manitoba Nursing Review Committee to the Minister of Health, avril 1985.

42. New Brunswick Manpower Consultative Committee on Nursing Shortage, Nursing Shortages: Turnover Reduction and Re-entry of the Non-practicing Nurse. Volume 1- Summary and Recommendations, juillet 1981.

43. Nova Scotia Department of Health, Council of Teaching Hospitals and Registered Nurses Association of Nova Scotia, Turnover of Staff Nurses in Nova Scotia - Causes and Remedies, 1981.

44. Peat, Marwick and Partners, Western Canada Health Manpower Training Study, under direction of the Western Canada Health Manpower Training Study Steering Committee, Section I- Executive Summaries and Section II - Category 4 Reports - Registered Nurses, Psychiatric Nurses, Nursing Assistants, 1981.

45. Registered Nurses Association of British Columbia, Nurses: Are We at the Breaking Point? Vancouver (Colombie-Britannique), 1981.

46. Registered Nurses' Association of Ontario, Brief on the Proliferation of Categories of Health Care Workers, soumis au Ministre de la santé, Toronto (Ontario), février 1979.

47. Registered Nurses' Association of Ontario, Report of Task Force on Nursing Shortage, Toronto (Ontario), avril 1981.

48. Santé et Bien-être social Canada, Division de l'information sur la santé, Direction de la politique, de la planification et de l'information, Inventaire de la main-d'oeuvre sanitaire, 1985, Ottawa (Ontario), 1986.

49. Shaver, J., «High Tech Nursing in a High Tech World», The Canadian Nurse, (L'infirmière canadienne), mai 1986, p. 16 à 19.

50. Soderstrom, L., The Canadian Health System, Croom Helm, Londres, Grande-Bretagne, 1978.

51. Statistique Canada, Division de la santé, Section de la statistique sur la main-d'oeuvre sanitaire, Série révisée de données sur les infirmiers(ères) autorisé(e)s (1979 à 1985) et Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction (1986), Ottawa (Ontario).

52. Statistique Canada, Division des enquêtes-ménages, catalogue 71-001, «La population active», Ottawa (Ontario).

53. Statistique Canada, Section des soins de la santé, Division de la santé, catalogue n° 83-232, «La statistique annuelle des hôpitaux», Ottawa (Ontario).

54. Statistique Canada, Section des soins de santé, Division de la santé, catalogue n° 83-226, «Personnel infirmier au Canada», Ottawa (Ontario).

55. Statistique Canada, Section des soins de la santé, Division de la santé et Santé et Bien être social Canada, Division de l'information, Direction des systèmes d'information, Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux - partie un; non publiée.

56. Statistique Canada, Section des soins de la santé, Division de la santé, «Morbidité hospitalière», cataloque n° 82-206, Ottawa (Ontario).

57. Taylor, C. Occupational Exchanges of Immigrants between Canada and the United States, 1973-1979, rédigé pour le X^e Congrès mondial de sociologie, Mexico (Mexique), du 16 au 21 août 1982.

58. The Globe and Mail, «Hospitals Hire 100 Nurses from Maritime Provinces», le 5 décembre 1986, p. A11.

59. Travail Canada, Le travail à temps partiel au Canada : Rapport de la Commission d'enquête sur le travail à temps partiel, Ottawa (Ontario), 1983.

60. Travail Canada, Revue de la législation,, questions diverses, publication mensuelle, Ottawa (Ontario).

61. University of British Columbia, Division of Health Services Research and Development, Nurse Requirements in British Columbia; An Analysis of the 1979-82 Trends. Part I - Methods and Preliminary Findings, Vancouver (Colombie-Britannique), septembre 1984.

62. Webber, Maryanne, «Nombre total annuel des heures travaillées au Canada : 1976 à 1984», «La population active», catalogue n° 71-001, Statistique Canada, mars 1985, p. 85 à 102.

63. Wilson, J. «Sages-femmes sur le qui-vive», L'infirmière canadienne, avril 1986, p. 14.

64. Woods Gordon Management Consultants, Task Force on the Allocation of Health Care Resources - Investigation of the Impact of Demographic Change on the Health Care System in Canada - Final Report, août 1984.

APPENDICE I

APPENDICE I

Résumés relatifs à la méthodologie des projections

Demande (Table 3.2, colonnes 1 à 4)

Du côté de la demande, le Système de projections des professions au Canada (SPPC) projette l'emploi selon la profession. Conformément au système actuel, ceci est effectué en deux étapes.

Lors de la première étape les projections macro-économiques sont élaborées pour l'économie du Canada et celles des provinces. Ces projections sont effectuées à partir de consultations entre le SPPC et les bureaux régionaux d'Emploi et Immigration Canada, certains ministères provinciaux et des entreprises du secteur privé. Un cas de référence est élaboré à titre d'hypothèse de travail au sujet de la voie que l'économie pourrait suivre (et, de là, sont élaborés divers cas d'incidence enfin de tenir compte des principaux domaines de risque). C'est Informetrica Ltd. qui produit ces projections pour le SPPC en utilisant le modèle Informetrica et le Modèle industriel régional. Le SPPC assume la responsabilité des hypothèses et des résultats. Des estimations de l'emploi sont obtenues pour 62 secteurs d'activités aux niveaux national et provinciaux.

Pour ce qui est de l'emploi des infirmières, les principaux secteurs d'activités sont les hôpitaux et les autres services de santé. Les principales variables relatives aux intrants pour ces catégories d'activités comprennent l'âge et le sexe de la population, les mesures des dépenses médicales liées à l'âge et au sexe, les salaires, les revenus discrétionnaires du consommateur, les prévision fédérales et provinciales d'utilisation de capitaux, la dépréciation des hôpitaux et le produit interne réel (en $ de 1971) du secteur de la santé dans son ensemble.

À la deuxième étape du processus, les projections d'emploi dans 62 secteurs sont converties en projections relatives à 512 professions, ce qui est effectué en fonction des répartitions des professions par secteur d'emploi selon le Recensement du Canada de 1981. Les données particulières aux

professions sont obtenues en répartissant les totaux des secteurs par province, en fonction de la répartition selon les professions du Recensement du Canada de 1981.

Cette procédure est répétée pour chaque année de la période visée, en supposant qu'il n'y a pas de changement dans les proportions de recensement. Il s'agit là de ce qu'on appelle généralement un «modèle de coefficient fixe». On examine actuellement la possibilité d'utiliser un modèle à coefficient projeté.

Nouveaux actifs et actifs réintégrant le marché du travail

(Tableau 3.2, colonne 5)

La méthode utilisée pour obtenir cette série de projections est à l'étape d'élaboration, mais ont prévoit peu de changements à la présentation structurelle actuelle du modèle. L'analyse se fonde sur des projections détaillées du SPPC relatives à la population dont sont extraits les estimations annuelles de la population d'âge actif selon l'âge, le sexe et la région. Les projections relatives à la population active et aux taux de chômage (fournies par Informetrica Ltd.), conjugées à des probabilités de transferts de personnes inactives devenant membres de la population active et la proportion de ménagères dans ce mouvement (les taux historiques pour ces deux dernières variables sont calculés à partir des données de l'enquête annuelle sur l'activité de Statistique Canada), sont utilisées pour produire des estimations du nombre total de personnes provenant du secteur des ménages et devenant membre de la population active. Les données particulières aux professions sont obtenues en répartissant ce total en fonction de la répartition selon les professions du recensement du Canada de 1981.

Diplômés intégrant le marché du travail (Tableau 3.2, colonne 6)

Les projections du nombre de diplômés intégrant le marché du travail proviennent du sous-modèle de l'offre d'étudiants du SPPC. Celles-ci sont obtenues en répartissant le nombre de diplômés des programmes d'études

postsecondaires à plein temps (selon le niveau et le principal domaine d'étude) parmi les professions selon un pourcentage fixe, dérivées de l'Enquête nationale sur les diplômés effectuée en 1984 sur des diplômés postsecondaires de 1982. Les projections du nombre de diplômés sont obtenues à partir des projections démographiques et des taux présumés d'inscriptions, d'abandon et d'obtention de diplôme selon le niveau.

Les totaux de diplômés selon le niveau sont ensuite désaggrégés et répartis par grand domaine d'étude (conformément aux proportions des données les plus récentes) et, à ce moment, certaines corrections sont effectuées (pour ceux qui quittent le Canada, ceux qui étaient des étudiants à temps partiel, ceux qui n'ont pas poursuivi leurs études, etc.).

APPENDICE II

Tableau A1

POURCENTAGE DES INFIRMIER(ÈRE)S AUTORISÉ(E)S[1] TRAVAILLANT COMME INFIRMIER(ÈRE) PAR RAPPORT AU TOTAL DES INFIRMIER(ÈRE)S AUTORISÉ(E)S, SELON LA PROVINCE D'EMPLOI/D'AUTORISATION, LE CANADA[2] ET LES PROVINCES, 1979 À 1986

Province	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Terre-Neuve	98,2	97,9	98,2	S/O[3]	S/O[3]	S/O[34]	89,3	92,5
Île-du-Prince-Édouard	91,9	91,0	94,8	96,8	98,7	96,4	99,6	98,8
Nouvelle-Écosse	95,2	94,8	94,1	94,4	93,1	99,5	94,3	94,7
Nouveau-Brunswick	82,3	82,4	88,9	91,3	94,1	95,2	92,7	93,5
Québec	89,1	86,9	87,6	91,8	91,6	92,0	92,2	92,2
Ontario	77,2	76,9	83,5	68,7	81,2	81,5	84,5	84,1
Manitoba	86,9	88,2	99,0	99,4	99,4	99,6	99,5	97,3
Saskatchewan	93,6	94,8	92,5	96,2	96,8	95,8	96,4	96,3
Alberta	88,4	89,9	88,4	89,9	92,0	92,6	91,2	91,6
Colombie-Britannique	81,5	80,5	91,0	85,3	85,2	87,7	87,4	87,5
T.-N.-O.	86,1	86,7	89,1	95,2	90,0	91,5	95,0	98,7
Canada[2]	83,5	83,0	87,2	82,6	87,5	88,0[4]	89,1	89,0

Nota : Ces pourcentages s'appuient sur les données fournies à Statistique Canada par les associations provinciales d'infirmiers et d'infirmières; ces données ont été recueillies par les associations auprès du personnel infirmier au cours des quatre premiers mois du processus d'autorisation annuel. Ces statistiques ne portent pas sur tout le personnel infirmier puisque ce ne sont pas toutes les provinces qui appliquent une loi sur l'autorisation obligatoire.

1. Y compris les soins directs au patient, l'administration, la formation et la recherche.

2. A l'exclusion du Yukon.

3. La comparaison n'est pas pertinente. Les données fournies pour ces années par l'Association of Registered Nurses of Newfoundland se limitaient au personnel infirmier actif.

4. Aucune donnée provenant de l'Association of Registered Nurses of Newfoundland n'était disponible pour 1984. Les chiffres de 1983 ont été repris pour 1984 pour Terre-Neuve et le total du Canada.

Source : Statistique Canada, Division de la santé, Section de la statistique de la main-d'oeuvre sanitaire, Série révisée de données sur les infirmières autorisées, (1979 à 1985) et Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction (1986), Ottawa (Ontario).

Tableau A2

INFIRMIER(ÉRE)S AUTORISÉ(E)S TRAVAILLANT COMME INFIRMIER(ÈRE) SELON LE LIEU DE TRAVAIL, CANADA[1], 1979 À 1986

Année	Total	Hôpital	Centre d'accueil/ foyer pour personnes âgées	Santé Communautaire	Bureaux de médecin	Établissement d'enseignement	Autre	Non précisé
1979	148 827	109 893	8 529	13 442	4 094	4 628	4 807	3 434
1980	155 178	114 230	9 667	13 739	4 346	4 646	5 168	3 382
1981	161 070	118 494	9 608	14 838	4 260	4 650	5 451	3 769
1982	164 086	120 618	8 267	15 142	4 162	4 632	5 738	5 527
1983	176 623	130 375	11 019	16 325	4 477	4 912	5 998	3 517
1984[2]	187 918	137 055	12 167	17 259	4 823	5 113	5 935	5 566
1985	194 361	143 473	12 869	18 157	5 143	5 333	7 129	2 257
1986	204 579	150 261	13 975	19 384	5 330	5 395	7 373	2 861

Nota : Ces statistiques se fondent sur des données fournies à Statistique Canada par les associations provinciales d'infirmiers et d'infirmières; ces données ont été recueillies par les associations auprès du personnel infirmier au cours des quatre premiers mois du processus annuel d'autorisation. Ces statistiques ne portent pas sur tout le personnel infirmier puisque ce ne sont pas toutes les provinces qui appliquent une loi sur l'autorisation obligatoire.

1. A l'exclusion du Yukon.

2. Aucune donnée provenant de l'Association of Registered Nurses of Newfoundland n'était disponible en 1984. Les chiffres de 1983 on été repris afin de calculer le total de 1984 pour le Canada.

Source : Statistique Canada, Division de la santé, Section de la statistique de la main-d'oeuvre sanitaire, Série révisée de données sur les infirmières autorisées, (1979 à 1985) et Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction (1986), Ottawa (Ontario).

Tableau A3

INFIRMIER(ÈRE)S AUTORISÉ(E)S TRAVAILLANT EN SCIENCES INFIRMIÈRES, SELON L'EMPLOYEUR[1], AU CANADA[2] ET DANS LES PROVINCES, 1986

Province	Total	Hôpitaux	Centre d'accueil/ foyer pour personnes âgées	Santé communautaire	Cabinets de médecins	Établissements d'enseignement	Autres	Non-déclarés
Terre-Neuve	4 474	3 396	473	320	26	105	142	12
Île-du-Prince-Édouard	978	613	132	58	31	30	84	30
Nouvelle-Écosse	8 131	6 452	668	440	143	175	241	12
Nouveau-Brunswick	6 211	4 615	647	364	152	153	139	141
Québec	51 855	38 552	3 287	5 095	649	1 300	1 226	1 746
Ontario	75 594	53 467	5 354	8 248	3 002	2 084	3 053	386
Manitoba	8 725	6 332	726	574	95	251	638	59
Saskatchewan	8 333	6 094	762	817	189	239	188	44
Alberta	18 644	14 280	622	1 551	603	567	898	123
Colombie-Britannique	21 404	16 264	1 303	1 893	432	489	719	304
T.-N.-O.	230	146	1	24	8	2	45	4
Canada[2]	204 579	150 261	13 975	19 384	5 330	5 395	7 373	2 861

Nota : Ces données sont établies d'après des renseignements fournis par Statistique Canada, par les associations provinciales d'infirmières, et recueillis par ces dernières auprès des infirmières elles-mêmes au cours des quatre premiers mois du processus annuel d'enregistrement. On ne peut prétendre qu'elle soient complètes, puis qu'il n'existe pas dans toutes les provinces des lois rendant l'enregistrement obligatoire.

1. Les catégories d'employeurs varient légèrement d'une province à une autre.

2. À l'exclusion du Yukon.

Source : Statistique Canada, Division de la santé, section de la statistique de la main-d'oeuvre sanitaire, Données sur les infirmie(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction, Ottawa (Ontario), 1986.

Tableau A4

INFIRMIER(ÈRE)S AUTORISÉ(E)S TRAVAILLANT COMME INFIRMIER(ÈRE) SELON LE POSTE, CANADA[1], 1979 À 1986

Année	Total	Directeur (trice)/ Directeur (trice) adjoint(e)	Surveillant(e)/ coord.(trice), Surveillant(e) Coord.(trice) adjoint(e)	Infirmier(ère) Clinicien(ne)	Infirmier (ère)-chef	Infirmier(ère) -service général	Enseignant	Autres	Non précisé
1979	148 827	3 638	7 348	2 612	16 083	98 119	4 265	9 397	7 365
1980	155 178	3 792	7 672	2 676	16 263	103 179	4 360	9 881	7 355
1981	161 070	3 704	7 936	1 971	16 503	104 986	4 164	7 909	13 897
1982	164 086	3 851	8 365	1 517	16 419	112 666	4 576	8 845	7 847
1983	176 623	4 396	9 033	1 367	17 174	123 889	4 843	8 331	7 600
1984[2]	187 918	4 661	9 515	1 157	15 249	132 127	5 019	11 041	9 149
1985	194 361	4 703	10 051	1 200	16 665	137 991	5 186	12 670	5 895
1986	204 579	4 764	10 374	1 181	15 964	146 842	5 274	13 396	6 784

Nota : Ces statistiques se fondent sur des données fournies à Statistique Canada par les associations provinciales d'infirmiers et d'infirmières; ces données ont été recueillies par les associations auprès du personnel infirmier au cours des quatre premiers mois du processus annuel d'autorisation. Ces statistiques ne portent pas sur tout le personnel infirmier puisque ce ne sont pas toutes les provinces qui appliquent une loi sur l'autorisation obligatoire.

1. A l'exclusion du Yukon.

2. Aucune donnée provenant de l'Association of Registered Nurses of Newfoundland n'était disponible en 1984. Les chiffres de 1983 on été repris afin de calculer le total de 1984 pour le Canada.

Source : Statistique Canada, Division de la santé, Section de la statistique de la main-d'oeuvre sanitaire, Série révisée de données sur les infirmières autorisées, (1979 à 1985) et Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction (1986), Ottawa (Ontario).

Tableau A5

INFIRMIER(ÈRE)S AUTORISÉ(E)S TRAVAILLANT EN SCIENCES INFIRMIÈRES SELON LE POSTE D'EMPLOI, AU CANADA[1] ET DANS LE PROVINCES, 1986

Province	Total	Surveillant(e) coordonnateur(trice), directeur-(trice) adjoint(e)	Surveillant(e)/ coordonnateur(trice)	Clinicien (ne)-spécialisée	Infirmier (ère)-chef	Service général	Instructeur(trice)	Autres	Non-déclaré(e)s
Terre-Neuve	4 474	131	307	8	89	3 290	165	471	13
Île-du-Prince-Édouard	978	34	108	2	56	627	27	69	55
Nouvelle-Écosse	8 131	191	667	36	490	6 262	198	237	50
Nouveau-Brunswick	6 211	178	237	21	325	4 668	155	247	380
Québec	51 855	1 018	2 146	337	8 041	34 940	1 238	1 654	2 481
Ontario	75 594	1 754	4 284	470	4 069	54 751	1 911	6 175	2 481
Manitoba	8 725	231	618	36	636	6 272	306	529	97
Saskatchewan	8 333	343	346	18	262	6 327	192	477	368
Alberta	18 644	415	1 000	101	564	14 523	572	1 208	261
Colombie-Britannique	21 404	460	642	152	1 405	15 046	509	2 306	884
T.-N.-O.	230	9	19	0	27	136	1	23	15
Canada[1]	204 579	4 764	10 374	1 181	15 964	146 842	5 274	13 396	6 784

Nota : Ces données sont établies d'après des renseignements fournis par Statistique Canada, par les associations provinciales d'infirmières, et recueillies par ces dernières auprès des infirmières elles-mêmes au cours des quatre premiers mois de délivrance annuelle des autorisations. On ne peut prétendre qu'elle soit complète puisque qu'il n'existe pas dans toutes les provinces des législations rendant l'autorisation obligatoire.

1. À l'exclusion du Yukon.

Source : Statistique Canada, Division de la santé, Section de la statistique de la main-d'oeuvre sanitaire, Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction, Ottawa (Ontario), 1986.

Tableau A6

INFIRMIER(ÈRE)S AUTORISÉ(E)S, CANADA ET PROVINCE D'AUTORISATION/D'EMPLOI[1], 1979 À 1986

Province	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
T.-N.	3 138	3 127	3 507	4 207	3 868	3 868[4]	4 326	4 836
Î.-P.-É.	852	828	886	889	885	963	980	1 113
N.-É.	5 581	6 199	6 722	7 368	7 519	7 966	8 305	8 596
N.-B.	5 090	5 339	5 358	5 733	6 127	6 375	6 115	6 874
Québec[2]	44 728	51 048	51 582	52 437	50 841	51 787	55 288	56 758
Ontario[2,3]	83 943	85 171	85 914	87 092	89 725	89 723	91 505	94 118
Manitoba[2,3]	7 667	7 844	7 639	8 035	8 340	8 675	8 800	9 232
Sask.[2,3]	6 837	6 854	7 594	7 545	7 693	8 289	8 347	8 704
Alberta[3]	15 204	16 194	17 120	17 953	19 280	20 582	20 714	21 453
C.-B.[2,3]	19 530	20 865	19 459	23 322	23 666	24 304	24 803	25 042
T.-N.-O.	178	185	204	195	196	217	262	267
Yukon	172	195	199	213	204	211[4]	205	188
Canada	192 919	203 849	206 184	214 989	218 344	222 960[4]	229 650	237 181

1. Ces statistiques sont calculées à partir des données fournies par Statistique Canada par les bureaux d'enregistrement provinciaux des infirmier(ère)s, telles qu'elles leur ont été fournies par le personnel infirmier au cours des quatre premiers mois du processus annuel d'autorisation. Dans la plupart des provinces, les infirmiers et infirmières sont tenus par la loi de s'inscrire auprès de l'organisme approprié délivrant les permis pour avoir le droit d'exercer. Les infirmier(ère)s peuvent être inscrit(e)s dans plusieurs provinces, bien que la plupart des autorisations interprovinciales aient été supprimées. Comme il n'existe pas au Yukon d'organisme chargé de délivrer les permis, les données relatives à ce territoire ont trait aux infirmiers et infirmières autorisés ailleurs, mais employés ou résidents dans ce territoire.

2. Ces provinces n'obligent pas les infirmiers(ères) à obtenir une autorisation afin de pouvoir exercer leur profession. Pour ces provinces, l'autorisation ne constitue qu'une confirmation des compétences; donc, elle ne confère pas le droit exclusif d'exercer.

3. Dans ces provinces, il existe une loi distincte pour les infirmier(ère)s spécialisé(e)s en psychiatrie et un organisme distinct chargé de leur délivrer les autorisations. Bien que, dans la plupart des provinces, ces spécialistes soient inclus parmi les infirmiers et infirmières autorisés, ils ne le sont pas dans ces provinces-ci (même si les infirmiers(ères) détiennent une double autorisation).

4. Aucune donnée provenant de l'Association of Registered Nurses of Newfoundland n'était disponible en 1984. Les chiffres de 1983 ont donc été repris pour 1984 en ce qui concerne ces provinces et ont été inclus dans le total pour le Canada.

Source : Statistique Canada, Division de la santé, Section de la statistique de la main-d'oeuvre sanitaire, Série révisée de données sur les infirmières autorisées, (1979 à 1985) et Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction (1986), Ottawa (Ontario).

Tableau A7

NOMBRE DE DIPLÔMÉS D'ÉTABLISSEMENTS FOURNISSANT UN ENSEIGNEMENT EN SCIENCES INFIRMIÈRES SELON LE PROGRAMME D'ÉTUDE, CANADA, 1975 À 1986

Année	Total	Collège communautaire	Hôpital/ Indépendent
1975	8 433	6 488	1 945
1976	9 042	6 910	2 132
1977	8 611	6 518	2 093
1978	7 403	5 600	1 803
1979	6 680	5 173	1 507
1980	6 685	5 199	1 486
1981	6 478	4 970	1 508
1982	6 621	4 922	1 699
1983	6 761	5 023	1 738
1984	6 871	5 069	1 802
1985	7 218	5 488	1 730
1986	6 762	5 063	1 699

Source : Statistique Canada, Section des soins de santé, Division de la santé, Numéro de catalogue : 83-226, Personnel infirmier au Canada, Ottawa (Ontario).

Tableau A8

NOMBRE DE DIPLÔMÉS D'UNIVERSITÉS FOURNISSANT UN ENSEIGNEMENT EN SCIENCES INFIRMIÈRES SELON LE PROGRAMME D'ÉTUDES, CANADA, 1975 À 1986

Année	Total	Certificat post-diplôme[1]	Baccalauréat général	Baccalauréat post-diplôme[2]	Maîtrise
1975	1 833	467	845	471	50
1976	1 703	256	954	428	65
1977	2 317	787	977	487	66
1978	2 378	846	1 019	436	77
1979	2 106	690	900	430	86
1980	2 364	801	954	499	110
1981	2 488	957	918	407	106
1982	2 718	1 004	1 023	567	124
1983	2 874	1 076	1 062	624	112
1984	2 385	558	1 092	637	98
1985	2 680	593	1 196	761	130
1986	2 849	657	1 249	788	155

1. Programmes d'études spécialisées, ouverts aux infirmiers et infirmières ayant déjà reçu une formation générale, qui leur permettent d'obtenir un diplôme d'études collégiales ou un diplôme universitaire.

2. Études menant au baccaulauréat, entreprises à un stade ultérieur, par des infirmiers et des infirmières compétents qui ont reçu un premier diplôme d'études collégiales en sciences infirmières.

Source : Statistique Canada, Section des soins de santé, Division de la santé, Numéro de catalogue : 83-226, Personnel infirmier au Canada, Ottawa (Ontario).

Tableau A9

DIPLÔMÉS DES PROGRAMMES DE BASE EN SCIENCES INFIRMIÈRES, SELON LE TYPE DE PROGRAMME, CANADA ET LES PROVINCES, 1986

Province	Total	Diplôme		Baccalauréat	
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%
Terre-Neuve	289	229	79,2	60	20,8
Île-du-Prince-Édouard	45	45	100,0	--	--
Nouvelle-Écosse	430	343	79,8	87	20,2
Nouveau-Brunswick	310	242	78,1	68	21,9
Québec	1 558	1 414	90,8	144	9,2
Ontario	2 977	2 419	81,3	558	18,7
Manitoba	518	446	86,1	72	13,9
Saskatchewan	374	314	84,0	60	16,0
Alberta	812	700	86,2	112	13,8
Colombie-Britannique	698	610	87,4	88	12,6
Canada	8 011	6 762	84,4	1 249	15,6

-- Non applicable.

Source : Statistique Canada, Section des soins de santé, Division de la santé, Numéro de catalogue 83-226, Personnel infirmier au Canada, Ottawa (Ontario).

Tableau A10

INFIRMIER(ÈRE)S AUTORISÉ(E)S SELON LE PLUS HAUT NIVEAU DE FORMATION ET RÉPARTITION EN POURCENTAGE[1] SELON LE PLUS HAUT NIVEAU DE FORMATION, CANADA[2], 1979 À 1986

	Répartition numérique						Répartition en pourcentage[1]			
Année	Total	Diplôme d'inf.(ère) autorisé(e)	Diplôme sup. à la formation de base	Baccalauréat	Maîtrise ou diplôme supérieur	Non indiqué	Diplôme d'inf.(ère) autorisé(e)	Diplôme sup. à la formation de base	Baccalauréat	Maîtrise ou diplôme supérieur
1979	192 747	126 198	43 460	17 064	1 165	4 860	67,2	23,1	9,1	0,6
1980	203 654	132 272	41 735	18 086	1 246	10 315	68,4	21,6	9,4	0,6
1981	205 985	138 992	38 458	12 242	920	8 373	70,3	19,5	9,7	0,5
1982	214 776	145 140	39 785	21 328	1 041	7 482	70,0	19,2	10,3	0,5
1983	218 140	151 191	41 469	22 921	2 297	262	69,4	19,0	10,5	1,1
1984[3]	222 749	154 225	41 917	24 138	2 169	271	69,3	18,8	10,8	1,0
1985	229 445	159 175	42 199	25 752	2 173	226	69,4	18,4	11,2	0,9
1986	236 993	164 602	42 635	27 635	2 121	-	69,5	18,0	11,7	0,9

Nota : Ces statistiques se fondent sur des données fournies à Statistique Canada par des associations provinciales d'infirmiers et d'infirmières; ces données ont été recueillies par les associations auprès d'infirmiers et infirmières au cours des quatre premiers mois du processus annuel d'autorisation. Ces statistiques ne portent pas sur tout le personnel infirmier puisque ce ne sont pas toutes les provinces qui appliquent une loi sur l'autorisation obligatoire.

1. Ces pourcentages sont calculés uniquement à partir des données fournies par les répondants à l'enquête qui ont précisé leur plus haut niveau d'études en sciences infirmières. Les personnes qui n'ont pas répondu à cette question ont été exclues du total qui a servi à obtenir ces résultats.

2. A l'exclusion du Yukon.

3. Aucune donnée provenant de l'Association of Registered Nurses of Newfoundland n'était disponible en 1984. Les données de 1983 ont donc été reprises afin de calculer le total de 1984 pour le Canada.

Source : Statistique Canada, Division de la santé, Section de la statistique de la main-d'oeuvre sanitaire, Série révisée de données sur les infirmières autorisées, (1979 à 1985) et Données sur la infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction (1986), Ottawa (Ontario).

Tableau A11

POURCENTAGE DES INFIRMIER(ÈRE)S AUTORISÉ(E)S QUI SONT DEMEURÉ(E)S EN TANT QU'EMPLOYÉ(E)S OU RÉSIDENT(E)S DANS LA PROVINCE OU ILS(ELLES) ONT OBTENU LEUR DIPLÔME, SELON LA PROVINCE, 1979 À 1986

Province	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Terre-Neuve	72,4	70,4	71,4	74,7	72,3	70,8	73,9	75,0
Île-du-Prince-Édouard	54,2	52,9	54,4	49,6	51,2	54,2	54,4	56,3
Nouvelle-Écosse	64,0	65,4	66,9	68,2	68,3	69,5	70,8	71,0
Nouveau-Brunswick	63,3	63,5	62,7	63,7	65,1	66,8	66,0	68,6
Québec	89,2	90,0	90,6	90,3	89,4	89,6	90,3	90,8
Ontario	91,4	90,6	90,4	90,0	89,8	89,8	90,4	90,8
Manitoba	63,8	62,8	62,8	62,9	63,0	63,7	65,0	66,3
Saskatchewan	57,6	56,2	60,1	58,9	58,7	60,4	61,8	63,6
Alberta	75,2	74,7	76,4	75,6	76,2	77,1	74,8	72,7
Colombie-Britannique	88,5	88,3	87,6	88,9	88,8	88,8	89,4	89,6
Territoires du Nord-Ouest[2]	--	--	--	--	--	--	--	--

Nota : Ces pourcentages se fondent sur les données fournies à Statistique Canada par les associations provinciales d'infirmières et d'infirmiers; ces données ont été recueillies par les associations auprès du personnel infirmier au cours des quatre premiers mois du processus annuel d'autorisation. Ces statistiques ne portent pas sur tous les infirmières et infirmiers puisque ce ne sont pas toutes les provinces qui appliquent une loi sur l'autorisation obligatoire.

1. Aucune donnée provenant de l'Association of Registered Nurses of Newfoundland n'était disponible en 1984. Les données de 1983 ont été reprises pour 1984.

2. Il n'existe aucun établissement de formation des infirmier(ères) dans les Territoires du Nord-Ouest.

Source : Statistique Canada, Division de la santé, Section de la statistique de la main-d'oeuvre sanitaire, Série révisée de données sur les infirmières autorisées, (1979 à 1985) et Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction (1986), Ottawa (Ontario).

Tableau A12

MOUVEMENT NET INTERPROVINCIAL DES INFIRMIER(ÈRE)S AUTORISÉ(E)S - DIFFÉRENCE ENTRE LE NOMBRE D'INFIRMIER(ÈRE)S CANADIEN(NE)S ACTUELLEMENT AUTORISÉ(E)S QUI ONT REÇU LEUR FORMATION DE BASE DANS LA PROVINCE DE RÉFÉRENCE ET LE NOMBRE D'INFIRMIER(ÈRE)S ACTUELLEMENT EMPLOYÉ(E)S OU RÉSIDENT(E)S DANS CETTE PROVINCE[1], 1979 À 1986

Province	1979	1980	1981	1982	1983	1984[2]	1985	1986
Terre-Neuve	-562	-640	-720	-739	-862	-952	-1 103	-1 088
Île-du-Prince-Édouard	-326	-343	-348	-375	-349	-354	-368	-342
Nouvelle-Écosse	-1 338	-1 270	-1 210	-1 159	-1 293	-1 262	-1 182	-1 182
Nouveau-Brunswick	-1 429	-1 563	-1 640	-1 643	-1 522	-1 485	-1 538	-1 504
Québec	-2 394	-2 260	-2 363	-2 698	-3 224	-3 315	-3 205	-3 270
Ontario	+2 314	+1 841	+1 281	+1 054	+970	+937	+1 463	+1 945
Manitoba	-1 965	-2 136	-2 151	-2 222	-2 294	-2 376	-2 320	-2 219
Saskatchewan	-2 327	-2 561	-2 217	-2 454	-2 560	-2 512	-2 355	-2 204
Alberta	+1 748	+2 072	+2 878	+3 148	+3 540	+3 740	+2 852	+2 190
Colombie-Britannique	+6 134	+6 707	+6 324	+6 929	+7 427	+7 402	+7 538	+7 456
Territoires du Nord-Ouest	+145	+153	+166	+160	+169	+180	+220	+218

Nota : Ces statistiques se fondent sur des données fournies à Statistique Canada par les associations provinciales d'infirmières et d'infirmiers; ces données ont été recueillies par les associations auprès du personnel infirmier au cours des quatre premiers mois du processus annuel d'autorisation. Les statistiques ne portent pas sur tout le personnel infirmier puisque ce ne sont pas toutes les provinces qui appliquent une loi sur l'autorisation obligatoire.

1. Les statistiques présentées ci-dessus fournissent les flux cumulatifs nets interprovinciaux de personnel infirmier autorisé. Lorsque les flux nets excèdent zéro, cela peut signifier que la province en question a fourni moins d'infirmières et d'infirmiers canadiens autorisés qu'elle n'en compte qui sont employés ou résidents sur son territoire. Donc, la province visée a connu une immigration nette d'infirmières et d'infirmiers diplômés. L'inverse se produit lorsque les flux nets sont inférieurs à zéro.

2. Aucune donnée provenant de l'Association of Registered Nurses of Newfoundland n'était disponible en 1984. Les données de 1983 ont donc été reprises pour 1984.

Source : Statistique Canada, Division de la santé, Section de la statistique de la main-d'oeuvre sanitaire, Série révisée de données sur les infirmières autorisées, (1979 à 1985) et Données sur les infirmier(ère)s autorisé(e)s à l'intention de la direction (1986), Ottawa (Ontario).